

DETERMINANTES SOCIALES Y PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN MENORES DE 6 MESES EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA 2017

Luz Adriana Ángel Osorno

Magnolia Muñoz Tobón

Maestría

Gerencia en Sistemas de Salud

Universidad Tecnológica de Pereira

Doctor Alfonso J. Rodríguez Morales, HonDSc

Director de Trabajo de Grado

Coordinador de la Maestría

Doctor Diomedes Tabima

Junio 2019

Pereira, Risaralda, Colombia

ACEPTACIÓN

Firma presidente del jurado

Firma de jurado

Firma de jurado

Pereira, 29 agosto de 2019

DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo a las mujeres que participaron del mismo para lograr los resultados que darán recomendaciones para garantizar, por parte de las entidades de salud territoriales, estrategias y/o proyectos que vayan encaminados a aumentar la prevalencia de lactancia materna, teniendo en cuenta las metas internacionales y los beneficios que ésta genera a las madres, niños y niñas, familias, ámbito social y nacional.

Dedico este trabajo a mi familia, a mi hija, esposo, madre y padre por el apoyo, comprensión y acompañamiento permanente durante este proceso, no fue fácil disponer del tiempo familiar para entregarlo a este trabajo, y ahí estuvieron siempre, animándome, fortaleciéndome para obtener un logro y éxito más en mi vida personal y profesional. Especialmente lo dedico a mi hija Isabela Correa Ángel, motivación para esta investigación, pues con ella doy fe de que la lactancia materna exclusiva, no solo fue un acto de amor que tuve con ella, sino que logré brindarle todos los beneficios para garantizarle un adecuado desarrollo neuropsicomotor en su proceso de crecimiento. Para mi hija: “todo lo que uno se propone, con amor, esfuerzo, disciplina y perseverancia se logra, eres parte del motor y motivación para seguir adelante con los sueños y metas propuestas”. (Luz Adriana Ángel Osorno)

Dedico este trabajo a mis padres y a mi hijo por el apoyo y la motivación continua que me brindaron cada día (Magnolia Muñoz Tobón).

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis de grado ha requerido del esfuerzo y mucha dedicación por parte de las autoras Luz Adriana Ángel y Magnolia Muñoz Tobón y el asesor de tesis Doctor Alfonso J. Rodríguez Morales, quien a pesar de sus múltiples ocupaciones dedicó un espacio para ser nuestro asesor, y compartir sus conocimientos, experiencias. No hubiese sido posible terminarla sin el acompañamiento y cooperación de las personas que a continuación mencionaremos, quienes han estado apoyándonos y dándonos voces de aliento en momentos de desesperanza y preocupación.

Primero queremos dar gracias a Dios, por estar siempre en nuestras vidas, en cada uno de los pasos que damos como personas y profesionales, fortaleciendo e iluminando nuestro camino, mente y corazón y por poner manos amigas que terminan siendo soporte y compañía en el camino de la vida; gracias por la oportunidad de haber dejado una amiga más después de este trabajo de grado y por habernos unido con el lazo de amistad.

Gracias al Doctor Gustavo Moreno por haber incentivado y haber sido parte fundamental para iniciar con esta tesis, por haber creído en este proyecto y por sembrar cuestionamientos nuevos para el desarrollo de la misma, por estar dispuesto, presente y orientarnos y enseñarnos técnicas para hacer de éste, un trabajo exitoso; a Jorge Mario Estrada por haber apoyado y acompañado de manera permanente este proceso, por enfocar el trabajo de grado y lograr así uno de los objetivos de este estudio, aportar un granito de arena a una línea de investigación de la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira y dejar datos que permitan tomar decisiones y mejorar la calidad de vida de nuestros niños y niñas del municipio.

A la Alcaldía de Pereira gobernada en el momento de la tesis por Juan Pablo Gallo Maya, Carolina Bustamante, secretaria de desarrollo administrativo, Luz Adriana Ángel Osorno, secretaria de Salud Pública y Seguridad Social, quienes creyeron en mí y apoyaron con el financiamiento de la Maestría, y con la aprobación para la consecución de datos y el desarrollo de la tesis.

A nuestras familias que siempre han estado apoyándonos, por los valores que nos han inculcado, la excelente educación que nos han dado para ser las profesionales que hoy somos, logrando un éxito más en nuestras vidas.

TABLA DE CONTENIDO

1. GLOSARIO	10
2. RESUMEN.....	17
3. INTRODUCCIÓN	19
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
5. OBJETIVOS.....	29
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	29
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
6. JUSTIFICACIÓN	30
7. ANTECEDENTES	33
8. MARCO TEÓRICO.....	38
9. GENERALIDADES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA	39
9.1. ANATOMÍA DE LAS MAMAS	39
9.2. FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA.....	40
9.3. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA	41
9.4. INICIOS DE LA LACTANCIA EN LA PRIMERAS HORAS DE VIDA EN COLOMBIA SEGÚN LA ENSIN 2015	44
9.5. PATOLOGÍAS QUE CONTRAINDICAN LA LACTANCIA MATERNA	45
9.6. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL LACTANTE Y LA MADRE	47
9.7. PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA	49
9.8. LOS DIEZ PASOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN IPS HOSPITALARIAS Y AMBULATORIAS DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA.	50
9.9. TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA	53
9.10. DETERMINANTES SOCIALES QUE AFECTAN LA LACTANCIA MATERNA	55
10. MARCO LEGAL	59
10.1. DERECHOS LEGALES DE LOS LACTANTES	60
11. METODOLOGÍA	73
11.1. DISEÑO	73
11.2. POBLACIÓN	73
11.3. MUESTRA	73

11.4.	ESTRATEGIA DE MUESTREO	74
11.5.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	74
11.6.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	74
11.7.	DESENLACE	75
11.8.	EXPOSICIÓN - ESTÁN EN MODELO DE LA OMS	75
11.9.	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	75
11.10.	SISTEMATIZACIÓN DE LOS DATOS	76
11.11.	PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	77
11.12.	LIMITACIONES	77
12.	RESULTADOS.....	79
12.1.	ANÁLISIS UNIVARIADO	79
12.2.	ANÁLISIS BIVARIADO	86
12.3.	ANÁLISIS MULTIVARIADO.....	92
13.	DISCUSIÓN.....	94
14.	CONCLUSIONES	110
15.	RECOMENDACIONES	113
16.	REFERENCIAS	116

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de lactancia materna exclusiva con respecto a los ingresos en SMMLV de la madre	79
Tabla 2. Porcentaje de mujeres que lactan de manera exclusiva según los años de estudio de la madre	80
Tabla 3. Nivel socio económico asociado a lactancia materna exclusiva	81
Tabla 4. La etnia y su relación con la lactancia materna exclusiva	81
Tabla 5. Edad de la madre y relación de la lactancia materna exclusiva.....	82
Tabla 6. Ocupación de la madre con relación a la lactancia materna exclusiva	83
Tabla 7. Relación del tipo de contrato laboral con respecto a la lactancia materna exclusiva.....	84
Tabla 8. Relación del tipo de contrato laboral con respecto a la lactancia materna exclusiva.....	84
Tabla 9. La consejería y su relación con la lactancia materna exclusiva.....	85
Tabla 10. Sexo del lactante y la relación con lactancia materna exclusiva.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Cruce entre años de estudio y LME.....	86
Gráfico 2. Nivel socio económico y LME	87
Gráfico 3. Cruce de etnia y LME	87
Gráfico 4. Edad de la madre al nacimiento y LME	88
Gráfico 5. Ocupación y LME	89
Gráfico 6. Estado civil y LME	89
Gráfico 7. Estado civil y LME	90
Gráfico 8. Salarios mensuales mínimos legales vigentes y LME	90

1. GLOSARIO

ACAC-Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia: es una entidad privada sin ánimo de lucro, cuya misión es trabajar por el fomento de la ciencia, la tecnología y la innovación, como bases para el desarrollo nacional

ADHERENCIA: se refiere al cumplimiento y constancia en un proceso o tratamiento a lo largo del tiempo.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: es el proceso por el cual se ofrece al lactante alimentos sólidos o líquidos diferentes a la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de esta.

ALMA-ATA: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata (URSS) OMS/UNICEF: el evento de política de salud internacional más importante en la década de los 70 que marcó un hito en la salud pública del mundo. Contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente, China fue el gran ausente. Al final del relato histórico, se presenta la Declaración de Alma-Ata 1978.

CEPAL-Comisión Económica para América Latina y el Caribe: es el organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas responsable de promover el desarrollo económico y social de la región. Sus labores se concentran en el campo de la investigación económica.

CIN-Conferencia Internacional de Nutrición: herramienta intersectorial para abordar la problemática nutricional y alimentaria fundamentándose en los derechos constitucionales. El objetivo general del Plan es contribuir al mejoramiento de la situación nutricional y alimentaria de la población colombiana, en especial de la más pobre y vulnerable, integrando acciones multisectoriales en las áreas de salud, nutrición, alimentación, agricultura, educación, comunicación y medio ambiente.

CST-Código Sustantivo del Trabajo: es un compendio de normas que regula las relaciones entre los trabajadores y empleadores, el cual empezó a regir en Colombia desde el año 1950 y ha sido objeto de muchas reformas siempre propendiendo a una defensa de los derechos de los trabajadores en el sentido de que la relación laboral se preste de una manera digna y humana, en lo que tiene que ver con la prevención de los accidentes de trabajos y enfermedad profesional, en relación con la salud ocupacional.

DANE-Departamento Administrativo Nacional de Estadística: es la entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales de Colombia.

Declaración de Innocenti: fue producida y adoptada por todos los participantes en la reunión de la OMS/UNICEF sobre "Lactancia Materna en los 90's": una iniciativa mundial, copatrocinada por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (A.I.D.) la Autoridad Suiza para el Desarrollo Internacional.

DETERMINANTES SOCIALES: son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, y envejecen.

ENDS-Encuesta Nacional de Salud: encuesta que se viene realizando con periodicidad quincenal desde 1990 por Profamilia cada 5 años, en el territorio nacional, la ENDS que muestra la rapidez de los cambios demográficos y de las variables relacionadas con salud. ha sido fuente para la definición de políticas de salud de las mujeres, niños y niñas también ha permitido hacer un seguimiento al comportamiento y los cambios de la salud sexual y reproductiva de los colombianos

ENSIN-Encuesta Nacional de Situación Nutricional: es la operación estadística de referencia nacional en torno a la situación nutricional de la población colombiana. Se desarrollo desde el año 2005 de manera quinquenal y hace parte de las encuestas poblacionales de interés estratégico para la política pública.

EPS-Entidad Promotora de Salud: es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social. Aquí no hay servicio médico, sólo administrativo y comercial.

ESTADO NUTRICIONAL: estado de salud de un individuo con relación a los nutrientes de su régimen de alimentación.

FAMI: es un programa del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Ellas son mujeres líderes de la comunidad, de diferentes edades y sectores, las cuales brindan en sus hogares capacitaciones e informaciones oportunas y esenciales.

GRUPO POBLACIONAL: grupo o serie de personas que viven en un área específica o que comparten características similares.

ICBF-Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: es una entidad vinculada al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social de Colombia. La entidad fue establecida en 1968 en respuesta a problemáticas que afectan a la sociedad colombiana, como lo son la falta de nutrición, la división e inestabilidad del núcleo familiar, la pérdida de valores y la niñez desvalida

INS-Instituto Nacional de Salud: es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud de Colombia cuya principal labor es la investigación de los problemas prioritarios de salud que afectan a la comunidad colombiana además de realizar desarrollo y transferencia tecnológica. Tiene como mandato el proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. Su principal oficina se encuentra en Bogotá. Desde 2013 alberga el Observatorio Nacional de Salud.

INVIMA: es el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, es una entidad de vigilancia y control de carácter técnico científico, que trabaja para la

protección de la salud individual y colectiva de los colombianos, mediante la aplicación de las normas sanitarias asociada al consumo y uso de alimentos.

IPS-Institución prestadora de servicios de salud: todas las instituciones en Colombia que prestan los servicios médicos de consulta, hospitalarios y clínicos y de cuidados intensivos. Una IPS es contratada por las entidades promotoras de salud - EPS para que cumpla con los planes y servicios que estas ofrecen (promueven) a sus usuarios, pero son las EPS que cancelan todos los gastos médicos que sus pacientes generen a las IPS

LACTANTE: periodo inicial de la vida extrauterina durante la cual él bebe se alimenta de leche materna.

LME-Lactancia Materna Exclusiva: es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto

MADRE CANGURO: es una técnica de atención al neonato en situación de bajo peso al nacer y/o prematurez que se fundamenta en el contacto piel a piel entre la madre y él bebe y los cuidados que en alimentación, estimulación y protección que aquella provee a este.

MORBIMORTALIDAD: se refiere a la muerte causada por enfermedades. Los índices en una región pueden revelar la situación de salud y generarse políticas para su mejoramiento.

MSPS-Ministerio de Salud y Protección Social: es uno de los dieciséis ministerios del poder ejecutivo de Colombia. Es un ente regulador que determina normas y directrices en materia de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza.

OISD- Organismo Sueco para el Desarrollo Internacional: es un departamento del Ministerio Sueco de Asuntos Exteriores. Es responsable de la organización de la mayor parte de la ayuda ofrecida por Suecia a los países en vías de desarrollo

OMS-Organización Mundial de la Salud: Organismo especializado de las Naciones Unidas fundado en 1.948 cuyo objetivo es alcanzar para todos los pueblos el máximo grado de salud, definida en su constitución como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

OPS-Organización Panamericana de la Salud: es el organismo especializado de salud del sistema interamericano, encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA), y también está afiliada a la Organización Mundial de la Salud(OMS), desde 1949, de manera que forma parte igualmente del sistema de las Naciones Unidas. Tiene su sede en el Distrito de Columbia y está dedicada a controlar y coordinar políticas que promuevan la salud y el bienestar en los países americanos

PAB-Plan de Atención Básica: es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad

POS-Plan Obligatorio de Salud: es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho un usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y está complementado con el reconocimiento de prestaciones económicas en caso de licencia de maternidad e incapacidad por enfermedad general

PREVALENCIA: es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado, en un momento o en un periodo determinado

RUAF- Registro Único de Afiliados: es un sistema que tiene como componente principal una base de datos única donde se almacena la información de la población afiliada al SGSSS.

SALUD PÚBLICA: es el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población por medio de acciones de salubridad, dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constatan en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

SISTEMA INMUNOLÓGICO: es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones, como las bacterias y virus. A través de una reacción bien organizada, su cuerpo ataca y destruye los organismos infecciosos que lo invaden. Estos cuerpos extraños se llaman antígenos.

SGSSS- Sistema General de Seguridad Social en Salud: es el encargado de regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso en toda la población y en todos los niveles de atención, para garantizar la cobertura de los servicios previstos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

SMMLV-Salario Mínimo Mensual Legal Vigente: o sueldo mínimo, es la cantidad mínima de dinero que se le paga a un trabajador en un determinado país y a través de una ley establecida oficialmente, para un determinado período laboral (hora, día o mes), que los empleadores deben pagar a sus trabajadores por sus labores.

SNEE-Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud: es el mecanismo mediante el cual se realiza el análisis de la situación de salud de los colombianos, cuyo propósito es el ajuste a las políticas, planes y programas para que garanticen el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, finalidad social esencial del Estado.

STATA: es un paquete de software estadístico creado en 1985 por Stata Corp. Es utilizado principalmente por instituciones académicas y empresariales dedicadas a la investigación, especialmente en economía, sociología, ciencias políticas, biomedicina, geoquímica y epidemiología, etc

SUCEDÁNEOS: es un producto que se utiliza para reemplazar otro por tener propiedades similares o iguales, se hace por escasez o precio, se emplea como sustitutivo

UNFPA-Fondo de Población de las Naciones Unidas: es un órgano subsidiario de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Desempeña una función única dentro del sistema de las Naciones Unidas al encargarse de las cuestiones de población y desarrollo, haciendo hincapié en la salud reproductiva y la igualdad de género, en el contexto del Programa de Acción de la CIPD y los objetivos internacionales de desarrollo.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización de las Naciones Unidas que tiene por objetivo promover la defensa de los derechos de los niños suplir sus necesidades básicas y contribuir a su desarrollo.

USAID-Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional: (en inglés: United States Agency for International Development), también conocida por sus siglas en inglés, USAID, es la institución estadounidense encargada de distribuir la mayor parte de la ayuda exterior de carácter no militar

WABA-La Alianza Mundial pro-Lactancia Materna: es una alianza mundial de personas, redes y organizaciones que protegen, promueven y apoyan la lactancia materna y se basa en la “Declaración de Innocenti” y la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Pequeño” (OMS/UNICEF).

2. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Lactancia materna exclusiva (LME) es considerada una práctica vital para los niños/niñas desde su primera hora de nacido/da hasta los 6 meses, la duración exclusiva de la lactancia materna como primer alimento de los niños/niñas es un tema importante en salud pública en el mundo, garantiza grandes beneficios en su desarrollo físico y psicomotor para el resto de su vida, al igual que a la madre, por lo que el estado debe fomentarla y apoyarla en todos los ámbitos, a través de sus entidades territoriales, el personal de la salud y la familia. **OBJETIVO:** Establecer la relación de algunos determinantes sociales en salud descritos bajo el modelo de determinantes de la OMS, y la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses en el municipio de Pereira para el año 2017. **METODOLOGÍA:** Estudio tipo encuesta transversal en niños y niñas menores de 6 meses de edad residentes nacidos en el municipio de Pereira, durante el periodo de agosto a diciembre de 2017. Se estableció como marco de muestreo todos los nacidos vivos durante el periodo agosto y diciembre de 2017, que al momento de la encuesta tenían entre 0 y 5 meses, 29 días de edad. **RESULTADOS:** La lactancia materna se vio asociada con diferentes determinantes sociales. Las variables que se asocian a la Lactancia Materna Exclusiva (LME) de manera independiente en el modelo multivariado, son el estrato, la ocupación de la madre y la etnia, indicando la LME tiene una asociación de 3 veces mayor probabilidad que aquellas que están en LM se encuentren dentro del estrato socioeconómico 3,4,5 y 6. **CONCLUSIÓN:** Se evidenció una alta incidencia en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres del Municipio de Pereira, debido a determinantes como la etnia, la ocupación, el estrato social, los cuales influyeron en gran medida para el abandono de esta práctica en la población estudiada. **PALABRAS CLAVES:** Lactancia Materna exclusiva, Prevalencia, Determinantes Sociales

SUMMARY

INTRODUCTION: Exclusive breastfeeding (LME) is considered a vital practice for boys/girls from their first hour of birthday to 6 months, the exclusive duration of breastfeeding as the first food of boys/girls is an important public health issue in the world, ensures great benefits in its physical and psychomotor development for the rest of their lives, as well as for the mother, so the state must encourage and support her in all areas, through its territorial entities, health personnel and the family.

OBJECTIVE: To establish the relationship of some social determinants in health, described under the model of determinants of OMS, and the prevalence of exclusive breastfeeding in children under 6 months of age in the municipality of Pereira for the year 2017.

METHODOLOGY: Study type transversal survey in children under 6 months of age resident in the municipality of Pereira, during the period from August to December 2017. Were established as a sampling framework all live births during the period August and December 2017, which at the time of the survey were between 0 and 5 months, 29 days old.

RESULTS: Breastfeeding was associated with different social determinants. The variables associated with exclusive breastfeeding (LME) independently in the multivariate model are the stratum, the occupation of the mother and the ethnicity, indicating that the LME has an association of 3 times more likely than those in LM which are within the socioeconomic stratum 3,4,5 and 6.

CONCLUSION: There was a high incidence of breastfeeding abandonment exclusive in mothers of the Municipality of Pereira, due to determinants such as ethnicity, occupation, social stratum, which had a major influence on the abandonment of this practice in the population studied.

KEY WORDS: Exclusive Breastfeeding, Prevalence, Social Determinants

3. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es considerada no sólo un acto de amor, sino también un acto eficaz para garantizar a nuestros niños y niñas del mundo, un desarrollo neuropsicomotor adecuado, con mayores posibilidades de una vida sana y feliz.

Si prácticamente todos los niños fueran amamantados, cada año se salvaría unas 820.000 vidas infantiles. A nivel mundial, solo un 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva (1). Estos datos demuestran la efectividad de la lactancia materna exclusiva, por lo cual debemos seguir trabajando para incentivarla, logrando así niños y niñas más competentes, más sanos y con una nutrición óptima, disminuyendo la morbilidad infantil.

La leche materna debe administrarse dentro de la primera hora postparto y continuarla de manera exclusiva durante los primeros 6 meses de edad, aportando los nutrientes, energía e hidratación que requieren durante este periodo, y extenderla hasta los dos años o más, con alimentos complementarios que garanticen los requisitos para el crecimiento sano del niño o niña. La lactancia materna contribuye al desarrollo neurológico, autoinmune y gastrointestinal, protegiendo al niño o niña de enfermedades de la infancia como alergias, enfermedades diarreicas, obesidad, desnutrición, enfermedades pulmonares altas y bajas, etc., la lactancia materna favorece el desarrollo sensorial y cognitivo del menor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proclama “la nutrición deficiente en niños menores de 5 años aumenta el riesgo de padecer enfermedades y es responsable directa o indirectamente de un tercio de las 9,5 millones de muertes que se ha estimado ocurrieron en el año 2006” (2).; así mismo, consideró que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10% de la “carga” de enfermedades entre los niños menores de 5 años” (2). La baja prevalencia y duración de la lactancia materna se asocia con aumento del riesgo de morbilidad en lactantes, sobre todo por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, además de incidir de forma negativa en el desarrollo psicológico, cognitivo y motor del niño o niña y en la ruptura del vínculo afectivo entre la madre y el hijo.

El plan decenal de lactancia materna 2010- 2020, recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de vida del niño y la niña y motivan a continuar amamantando hasta los 24 meses de edad (plan decenal de lactancia materna 2010-2020) (3), teniendo en cuenta que los beneficios no solo son para el recién nacido o lactante sino también para la madre, siendo un método natural de planificación familiar, que también incide en la disminución del cáncer de ovario, de mama y la depresión postparto.

A nivel mundial se tiene a la industria de fórmulas lácteas en estricta vigilancia, pues está proscrita la formulación y recomendación de éstas a las mujeres lactantes, por parte de los profesionales de la salud, también se le hace vigilancia y evaluación a la difusión y comunicación de los sucedáneos de la leche materna por los entes de control.

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social, en noviembre del 2015 anunció ante sociedades científicas, enfermeros y pediatras, que se reunieron para conocer los resultados del monitoreo internacional al Código de Sucedáneos (o sustancias con similares propiedades de la leche materna) que “La sociedad y el estado deben salvaguardar el bien público de la lactancia materna. En ese sentido, con el INVIMA, la Superintendencia de Industria y Comercio y la DIAN se establecerán mayores controles a las leches maternizadas (leche de fórmula)” (4).

La tercera Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud (SNEE) establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2013, el cual tiene como fin dirigir todos los estudios de interés para la salud del país. En la tercera Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015, participaron el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS), Prosperidad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Universidad Nacional de Colombia, contó también con el apoyo de entidades como el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia (ACAC), este documento fue clave para el seguimiento de políticas públicas nacionales y territoriales en materia de salud, alimentación y nutrición, la cual reporta que en el trabajo de campo realizado entre noviembre de 2015 y diciembre de 2016 se entrevistaron 151.343 personas de 44.202 hogares en 295 municipios del país. Los resultados más relevantes de la Encuesta se presentan según algunas de las condiciones socioeconómicas de los hogares y de las diferentes etapas de la vida. La situación nutricional de un niño o niña y su sobrevivencia hasta los 5 años dependen directamente de sus prácticas de alimentación. La desnutrición crónica, que mide el retraso en la talla para la edad, disminuyó de 13,2% en 2010 a 10,8% en 2015. En 1990, uno de cada cuatro niños tenía desnutrición crónica, mientras que hoy solo es uno de cada diez.

Similar a la tendencia mundial, el exceso de peso –que incluye tanto sobrepeso como obesidad– subió de 4,9% en 2010 a 6,3% en 2015; sin embargo, en el país es más baja la situación con respecto a Centroamérica (7,4%) y a Suramérica (7,0%). El 72 por ciento de los menores de 2 años recibió lactancia materna en su primera hora de vida, con lo que Colombia superó la meta establecida por la OMS y el UNICEF de mejorar el inicio temprano de la lactancia materna en al menos 70 por ciento. En cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observó que aproximadamente 1 de cada 3 niños menores de 6 meses (36,1%) fue alimentado solo con leche materna, por lo cual se requiere reforzar esta práctica para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la OMS” (5).

Teniendo en cuenta los anteriores resultados de la situación nutricional de los niños y niñas de Colombia, y que las prácticas de amamantamiento no se garantizan como es indicado, se estudió en el municipio de Pereira la prevalencia de lactancia materna exclusiva, y los determinantes sociales que afectan la adherencia a ésta, para que las autoridades competentes, entidades territoriales, EPS, IPS, empresas del sector privado y público, planteen estrategias para asegurar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y mejorar el indicador de prevalencia actual, el cual es muy bajo para los beneficios que este alimento natural ofrece a la madre, el menor y la sociedad.

Este análisis se realizó llevando a cabo un muestreo de todos los nacidos vivos entre agosto y diciembre del año 2017, para el momento de la encuesta estos menores tenían entre 0 y 5 meses, 29 días de edad. Este marco muestral fue plenamente identificado y caracterizado desde el sistema de información del Registro Único de Afiliados (RUAF) y así se logró identificar determinantes sociales que se pueden intervenir para mejorar la prevalencia de la lactancia materna

exclusiva, la cual, en nuestro municipio, según encuesta de situación nutricional 2012, se estima una media de lactancia materna exclusiva de 3,3 meses (6).

El tiempo promedio de lactancia materna exclusiva para Colombia se encuentra en 1.8 meses siendo esta una de las más bajas, al igual que presento una disminución con respecto a la estimada en el año 2005, la cual fue de 2,2 meses. En el municipio de Pereira la lactancia materna exclusiva se observó que, de los lactantes evaluados con edades menores a 3 meses, 36% estaban recibéndola, 29% estaban recibiendo lactancia materna parcial, 29% lactancia materna artificial y 7% lactancia materna predominante. En los menores 3 meses ninguno (0%) estaba recibiendo cualquier otro tipo de lactancia y/o alimentación complementaria. En los menores de 3 meses se observó que en aquellos del sexo masculino 20% estaban recibiendo lactancia materna exclusiva, en tanto que en el sexo femenino 50% la estaban recibiendo (6).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Alimentación es de gran importancia para la supervivencia, crecimiento, desarrollo, salud y nutrición de lactantes y niños en todos los países del mundo (5). La leche materna como primer contacto del recién nacido con la alimentación constituye fuente primordial y única de energía además que provee nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año, así como también tiene efectos en la prevención de enfermedades crónicas, infecciosas y alérgicas durante etapas más avanzadas de su ciclo vital (7). La OMS afirma que la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, excepto que tengan una contraindicación, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

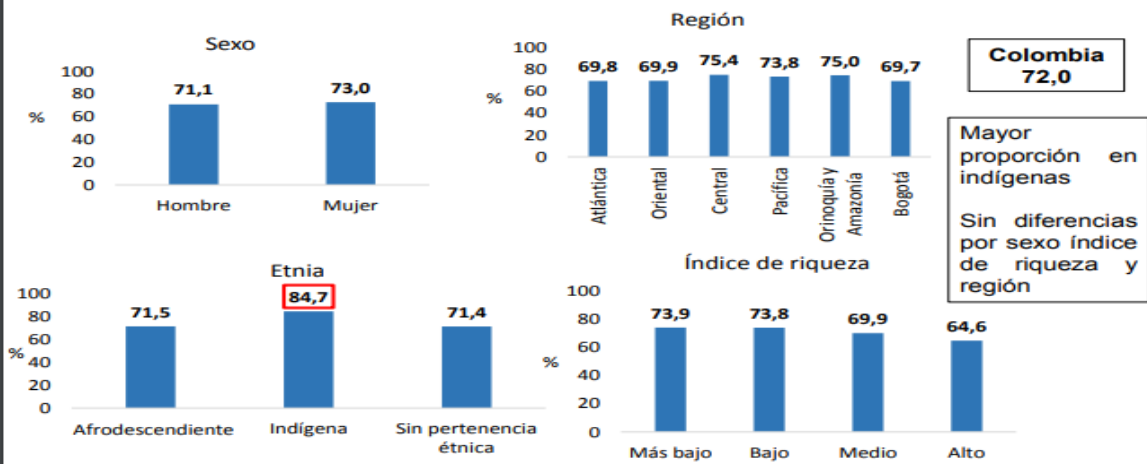
Dado lo anterior, la recomendación general realizada por esta misma organización hace referencia a que la lactancia materna exclusiva (LME) debe realizarse al menos durante los seis primeros meses de vida, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más (3). Desde que esta recomendación fue dada, esfuerzos infructuosos se han realizado por todos los países del mundo en mantenerla, y los últimos reportes confirman que la proporción de niños que reciben LME según cifras publicadas por OMS se encuentran en rangos desde 1% para países como Finlandia y Grecia; y hasta del 85% para países como Ruanda y Perú, estando en un promedio mundial de 43% (153 países reportados), estando Colombia con un porcentaje en el 2.105 del 36.1%.

Por otro lado, la OMS ha diseñado indicadores claros (8) que les permitan a los países hacer un seguimiento detallado y estandarizado a la alimentación infantil; para esto desarrolló y validó 15 indicadores que evalúan los esfuerzos de la promoción de la lactancia materna en todos los países y que permitieran posteriormente ser indicadores de planes y proyectos dirigidos al mejoramiento de la salud infantil. Entre estos 15 indicadores la duración de lactancia materna y la proporción de niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva, constituyen unos de los más importantes y están directamente relacionados con la salud infantil durante la infancia.

En Colombia se ha desarrollado la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional, la cual viene analizando la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana, teniendo en cuenta los determinantes sociales que afectan esta. Lo referente con LME en menores de 6 meses demuestra un avance significativo a partir de los años 90 donde se tenía en 1990 el 10.7% de LME en menores de 6 meses, en 1.995 incrementó al 11%, en el año 2.000 al 26%, en el año 2.005 el 46.9% siendo este el pico más alto de LME; en el 2.010 el 42.8% y en el 2015 el 36.1%, estando por debajo de la media mundial que se encuentra en el 43%, discriminado en la última encuesta del 2.015 por algunos determinantes como sexo, la región, la etnia, y el índice de riqueza, como se demuestra en el siguiente cuadro

Inicio temprano de la lactancia materna

Encuesta Nacional
de la Situación Nutricional
ENSIN
2015



Fuente: resultados Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2.015

Donde se evidencia que en la región atlántica la población con índice de riqueza más bajo la población sin pertenencia de etnia, y los hombres son los que menos proporción de LM presentan en Colombia para el 2.015, siendo Atlántico con un 20.5% el que menos adherencia tiene a esta práctica.

En Colombia, la encuesta nacional de situación nutricional (ENSIN) del año 2010 y 2015 (9), reportaron una prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de 42.8% y 36.1%, respectivamente, mostrando un descenso en dicho indicador entre los dos años de estimación. Dicha prevalencia también presenta para 2015 diferencias en determinantes sociales como sexo del recién nacido (H: 32,9% vs M: 39,7%), etnia (indígena: 49.4% vs Otras: 36,6%) y en región, siendo más altas las cifras del indicador para Bogotá, región pacífica y más bajas para región atlántica y central. El índice de riqueza con la proporción más alta en el nivel bajo con un 39.5% vs. el 33% para el más bajo.

Para el municipio de Pereira, la situación frente a la salud infantil no dista de la situación nacional, sin embargo a partir del año 2012 se tiene una política pública y plan municipal de seguridad y soberanía alimentaria y nutricional del municipio de Pereira 2012-2019 , aprobada mediante acuerdo 64 de 2011, y que ha significado un reto importante, donde uno de sus indicadores de resultado, corresponde a la proporción de niños que lactan exclusivamente menores de 6 meses, teniendo en cuenta que los resultados previamente presentados no han sido satisfactorios. En el 2014 se realizó el primer estudio de prácticas de lactancia materna en Pereira, bajo implementación de los lineamientos metodológicos propuestos por la OMS.

Dicha encuesta reveló que la prevalencia de LME en niños menores de 6 meses fue de 25,3%, ubicando el indicador municipal por debajo del valor nacional e incluso del regional, teniendo una media de LME para el 2.011 de 1.8 meses y de 2 meses para el 2.014. En las causas probables del resultado en este indicador podrían estar asociados a características intrínsecas (individuales) de nuestra población, las cuales en diversos estudios (3) han podido ser reconocidos, como factores que afectan el incremento en la proporción de niños que son lactados exclusivamente. Algunos de estos factores relacionados son: características maternas: como ser menores de 20 años, madre estudiante, nivel de escolaridad primario, la primiparidad, trabajo fuera del hogar y factores estéticos.

Como se aprecia, muchos de estos factores se encuentran entre la categoría de determinantes sociales de la salud, descritos claramente en el modelo de determinantes de OMS, el cual es uno de los pilares fundamentales en el abordaje de la salud pública en Colombia, dado por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, siendo una apuesta el análisis por determinantes sociales y su intervención para el mejoramiento de los efectos en salud hasta ahora caracterizados en la población.

Dado lo anterior es imperante y prioritario, tener este análisis pormenorizado para el municipio de Pereira que permita encontrar cuales de estos determinantes juegan un papel preponderante en el logro de metas y objetivos con las prácticas de alimentación en el niño residente en el municipio.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación de algunos determinantes sociales en salud descritos bajo el modelo de determinantes de la OMS, y la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses en el municipio de Pereira para el año 2017.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente las madres de niños objeto del presente estudio
- Estimar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses para el municipio de Pereira 2017.
- Describir los principales determinantes sociales relacionados con la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.
- Entregar los resultados a la Secretaria de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira para cumplir con la línea de investigación de prevalencia de Lactancia materna

6. JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es por excelencia el mejor alimento natural que se puede brindar a todos los niños y niñas, por los nutrientes que aporta, los cuales necesitan para un adecuado desarrollo y crecimiento sano. Todas las mujeres pueden lactar si se apoyan, educan y si no hay contraindicación que indiquen lo contrario para hacerlo.

La OMS recomienda la administración del calostro en la primera hora de vida como el alimento perfecto para el recién nacido. Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años (1).

Las entidades territoriales, profesionales de la salud y comunidad en general se cuestionan que sucede en la relación entre el amamantamiento y algunos determinantes sociales que podrían estar interviniendo de una manera negativa a la prevalencia de la lactancia materna, como lo mostro los resultados de la encuesta de situación nutricional del país 2015.

Este estudio identificará los determinantes sociales que se encuentran asociados con el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses de edad, los cuales son necesarios evidenciar para intervenirlos y mejorar así el estado nutricional y la salud de los lactantes, los niños y niñas del municipio de Pereira.

Por diferentes motivos, entre ellos la falta de orientación en esta área, y de sensibilización de los profesionales de la salud, el número de madres que dejan de lactar exclusivamente, antes de los seis meses, siguen en incremento.

Al identificar estos determinantes se plantea desde la salud pública y con el apoyo y acompañamiento de los diferentes actores, generar acciones que permitan lograr metas y objetivos en favor de la lactancia materna exclusiva por 6 meses y por ende el mejoramiento de la salud infantil.

“Se estima que actualmente alrededor del 35% de la población mundial de lactantes de entre 0 y 6 meses son alimentados exclusivamente con leche materna», señala la Dra. Elizabeth Mason, directora del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, de la OMS. «Pero si todos los lactantes y niños pequeños disfrutaran de una lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a continuación recibieran una alimentación complementaria nutritiva sin dejar de tomar el pecho hasta los dos años, se podría salvar cada año la vida de otro millón y medio más de niños menores de cinco” (10).

La pertinencia de este proyecto está debido a los beneficios que pueden derivarse de la lactancia materna para la madre, el menor, la sociedad y la necesidad de realizar acciones que lleven a aumentar tanto la proporción de niños que reciben LME, como su duración en el grupo poblacional de la primera infancia.

Las metas y proyectos del municipio de Pereira descritos en el plan de desarrollo “Pereira Capital del Eje 2016-2019” han sido enfocados en mejorar la salud física y mental de niños y niñas del municipio, basados en los ciclos de vida, teniendo en

cuenta la calidad de los servicios de salud, y también las condiciones iniciales como la alimentación que determinan su crecimiento y desarrollo saludable, sin embargo se deben plantear estrategias de manera articulada para capacitar y certificar en instituciones amigas de la infancia y la lactancia materna, e incentivar el cumplimiento de los 10 pasos de lactancia materna exitosa, definiendo estrategias y metas institucionales y comunitarias.

7. ANTECEDENTES

La lactancia materna ha sido a través del tiempo el único alimento natural que recibía el recién nacido y el lactante para poder sobrevivir. La lactancia materna como proceso biológico es una actividad cultural que se ve afectada por determinantes sociales como las creencias, edad, estrato socioeconómico, estado civil, etnia, procedencia, posibilidad de acceso a la salud, los cuales afectan el proceso de alimentar naturalmente a los niños y niñas.

En 1979, la OMS y UNICEF convocan a una reunión en Ginebra que trata temas sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. A partir de esta reunión se establece la necesidad de crear un código para controlar las prácticas inadecuadas de comercialización de alimentos infantiles. En 1980 se publica el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, con el cual se buscaba favorecer a los lactantes y garantizar una adecuada nutrición. Adicionalmente, impulsaba la protección y promoción la lactancia materna, estableciendo el uso apropiado de los sucedáneos de la leche materna.

La declaración de Innocenti que tuvo lugar en Florencia (Italia), en agosto de 1990, formula y aprueba la política sobre “La lactancia en el decenio 1990: una iniciativa a nivel mundial”, copatrocinada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (A.I.D.) y el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (O.S.D.I.), donde reconoce que la lactancia materna es un proceso único:

- Proporciona la alimentación ideal al lactante y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables.

Reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, disminuyendo la morbilidad y mortalidad infantil.

- Promueve la salud de la mujer al reducir el riesgo de cáncer de mama y ovario, y al aumentar el intervalo entre embarazos.
- Proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación.
- Proporciona a la mayoría de las mujeres un sentimiento de satisfacción cuando se lleva a cabo con éxito.

Y que investigaciones recientes han permitido determinar:

- Que estos beneficios aumentan cuando el lactante es amamantado exclusivamente (Sin darle ningún otro alimento, líquido o sólido, y alimentándolo con frecuencia y sin limitaciones de tiempo) durante los seis primeros meses de vida y, posteriormente, se procede a un periodo prolongado de amamantamiento combinado con una alimentación complementaria.

Y que la intervención mediante programas puede dar por resultado cambios positivos en las prácticas de amamantamiento.

DECLARAMOS, POR TANTO:

Que como meta mundial para la salud y la nutrición óptima de la madre y del niño, todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente a pecho desde el nacimiento hasta los seis meses de edad.

Posteriormente, los niños deberían seguir siendo amamantados, recibiendo al mismo tiempo alimentos complementarios apropiados y en cantidades suficientes, hasta los dos años o más” (10).

Esta misma declaración es impulsada por organizaciones mundiales como la Alianza Mundial Pro-Lactancia Materna (WABA), la Red de Acción Internacional sobre alimentos para lactantes (IBFAN y el desarrollo de estrategias como la

“Iniciativa Hospitales Amigos de la Mujer y la Infancia y la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, entre otros.

En 1991 es firmado el Memorándum de Colaboración Interagencial en “apoyo a las acciones de salud de la niñez, la mujer y los y las adolescentes”. A éste se acogieron la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial para la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la UNICEF, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Agencia de los estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Posteriormente, en Roma, en la Conferencia Internacional de Nutrición (CIN), se ratifica la importancia de que la lactancia materna sea una política de Estado (3).

En 2004, surge en Luxemburgo el Plan Estratégico sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa, redactado por la Comisión Europea y la Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Se considera que es una prioridad de salud pública para el continente la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia. Adicionalmente, se espera que el Plan Estratégico, al ser ejecutado, logre que en Europa mejoren las prácticas y las tasas de lactancia, la responsabilidad de los padres y la conciencia de los organismos de salud.

El Comité de Expertos reunidos en Florencia, en noviembre del 2005, 15 años después, expresaron que la Lactancia Materna ha contribuido a salvar, en promedio 1.3 millones de vidas de niños y niñas anuales, entre los años 1990 y 2000 la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida se han duplicado y cuadruplicado en diferentes países en desarrollo. Sin embargo, para esa época no se había logrado los objetivos de LME por 6 meses y la aplicación del Código

internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna no se ha cumplido.

Dejando nuevamente objetivos para las entidades gubernamentales, no gubernamentales, fabricantes y distribuidores de sucedáneos, etc., teniendo como parte de los análisis determinantes sociales que afectan la adherencia a la lactancia materna exclusiva:

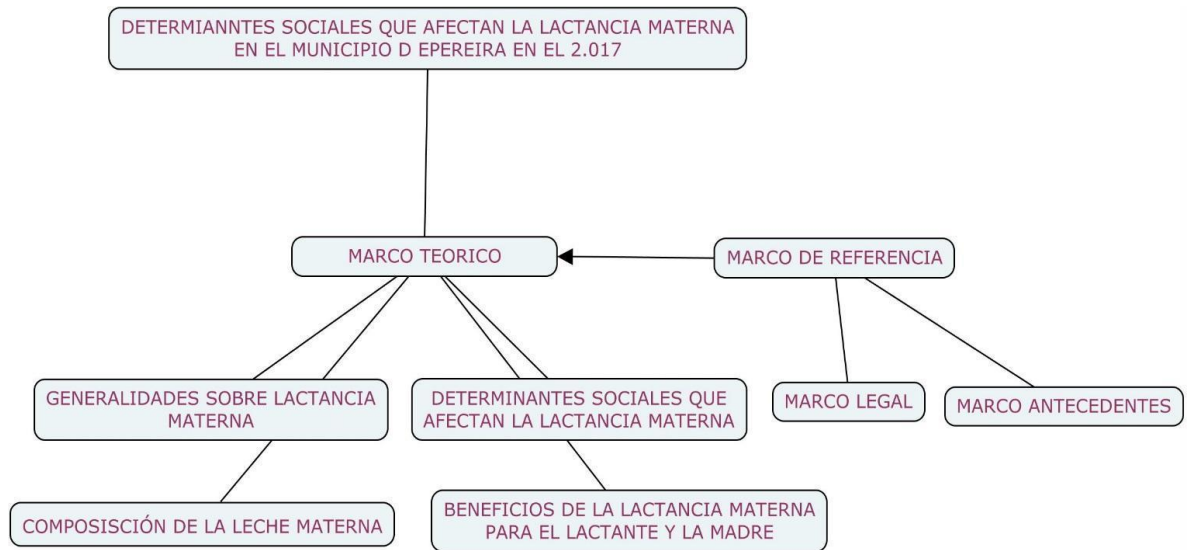
“Cinco objetivos operativos adicionales

- Elaborar, aplicar, supervisar y evaluar una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto de las políticas y los programas nacionales relativos a la nutrición, los niños y la salud reproductiva, y la reducción de la pobreza
- Velar por que el sector de la salud y otros sectores conexos protejan, fomenten y apoyen la lactancia natural exclusiva durante seis meses y la continuación de la lactancia natural hasta que el niño tenga dos años o más, al mismo tiempo que dan acceso a las mujeres al apoyo que necesitan – en la familia, la comunidad y el lugar de trabajo – para alcanzar este objetivo
- Fomentar una alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua y apropiada sin interrupción de la lactancia natural
- Proporcionar asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en circunstancias excepcionalmente difíciles, y sobre el apoyo conexo que necesitan las madres, las familias y otros dispensadores de atención
- Estudiar qué nuevas leyes u otras medidas se necesitan, como parte de una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, y poner en práctica los principios y el fin del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud.

En 1970, el Gobierno Nacional Colombiano logra integrar sectores públicos y privados en la primera campaña a favor de la lactancia materna, “el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN), que capacita a grupos de madres y personal de salud en Lactancia Materna y alimentación complementaria” (3).

A partir de las cuales se inicia el proceso arduo con la participación de los diferentes actores gubernamentales, no gubernamentales de interés en salud pública, actores privados y comunidad en general para la promoción, sensibilización, educación sobre la lactancia materna, la cual ya exigía, a partir de la declaración de Innocenti 1990, planes integrales y políticas que garanticen las acciones propuestas y aprobadas y promovidas por la OMS, OPS, UNICEF, sobre la protección de los niños y niñas del mundo.

8. MARCO TEÓRICO



9. GENERALIDADES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

9.1. ANATOMÍA DE LAS MAMAS

Las mamas son glándulas túbulo-alveolares de secreción externa, consideradas embriológicamente como glándulas sudoríparas modificadas en su estructura y función.

Cada glándula está formada por 15 a 20 lóbulos separados entre sí por tejido conectivo y adiposo. Los lóbulos se dividen en lobulillos y a su vez en pequeños racimos formados por redondeadas cuya cara interior está tapizada de células secretoras en las cuales se produce leche materna.

La leche producida es conducida por túbulos y conductos hasta los senos lactíferos que son dilataciones de estos, localizados a la altura de la areola donde se deposita una pequeña cantidad de leche para ser extraída por la succión del niño. De ellos salen unos 15 a 25 conductos hacia el pezón.

En el centro de cada mama hay una zona circular que recibe el nombre de areola y contiene pequeños corpúsculos denominados Tubérculos de Montgomery, que durante la lactancia producen una secreción que lubrica la piel. En el centro de cada areola se halla el pezón formado por tejido eréctil que facilita la succión.

9.2. FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

La fisiología de la lactancia constituye el conjunto de órganos, propiedades y funciones de estos que hacen posible la secreción de leche materna, líquido de vital importancia para la alimentación del neonato.

La producción de leche se desarrolla en las células epiteliales de los alveolos que se encuentran en las glándulas mamarias.

En ellas están las células madre que son estimuladas por la hormona del crecimiento y la insulina. Mientras que las células alveolares secretoras son estimuladas por la prolactina.

Una parte muy importante de la fisiología de la lactancia es saber dónde se secreta la leche. **La leche se secreta en el alveolo y en ocasiones en el conductillo de conexión**, es decir, reacciona ante el efecto de la prolactina. Su contenido es enviado hacia los conductos galactóforos por efecto de la contracción de fibras mio-epiteliales que responden a la oxitocina. Por lo tanto, el bebé succiona los conductos galactóforos y de esta forma obtiene la leche. “Cuando el niño o niña mama bien, la lengua y la boca estimulan el pezón. Entonces los nervios del pezón mandan el mensaje al cerebro de la madre de que el niño o niña quiere leche. El cerebro responde y ordena la producción de una sustancia llamada prolactina. La prolactina hace que la leche se comience a formar en los alvéolos. Entre más mama el niño o niña más leche produce la madre.

Para que la producción de la leche sea posible es necesario el desarrollo de la glándula mamaria a través de cuatro etapas:

Mamogénesis o desarrollo mamario.

Lactogénesis, galactogénesis o iniciación de la secreción láctea.

Lactogénesis o mantenimiento de la secreción.

Eyección láctea o salida de la leche (11).

9.3. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche humana ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años, al ser complementada con otros alimentos. Cada leche tiene características propias que la diferencian significativamente de otras leches de mamíferos y la hacen adecuada a la cría de la especie. Del punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos. Es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla. Se distinguen: la leche de pretérmino, el calostro, la leche de transición y la leche madura. El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto. El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A,

K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. En el calostro la concentración promedio de IgA y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:

- Facilita la eliminación del meconio.
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
- Los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión.
- Deglución-respiración.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.
- Los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

El calostro, como la leche que lo sucede, actúa como moderador del desarrollo del recién nacido. Aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostrada antes y después del nuevo nacimiento. La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto. Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche. Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse.

La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento. Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado.

La leche de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella (12).

9.4. INICIOS DE LA LACTANCIA EN LA PRIMERAS HORAS DE VIDA EN COLOMBIA SEGÚN LA ENSIN 2015

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015, en Colombia aumentó la práctica de lactancia materna durante la primera hora de vida en 15,4 %, gracias a lo cual 7 de cada 10 niños recién nacidos tomaron leche materna como primer alimento (13).

En América Latina y el Caribe, 5 de cada 10 bebés no toman leche materna en la primera hora de vida, una medida esencial para salvar la vida de los recién nacidos. La OPS insta a adoptar medidas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna.

La leche materna es el mejor alimento para los recién nacidos y los niños hasta los 2 años, sin embargo, 5 de cada 10 bebés (52%) en América Latina y el Caribe no toman leche materna en la primera hora de vida, una medida esencial para salvar vidas.

En 2017, se estima que 78 millones de recién nacidos en el mundo tuvieron que esperar más de una hora para ser colocados en el pecho de su madre, según advierte el nuevo informe de Unicef y la OMS.

La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda iniciar el amamantamiento en los primeros 60 minutos de vida, así como dar el pecho en forma exclusiva hasta los 6 meses y, de manera complementaria, hasta los 2 años.

Para el recién nacido es determinante la lactancia materna en su primera hora de vida, primero porque determina la LME y su duración es mayor, entre mayor sea la precocidad con que inicie, además es importante porque conduce a la colonización intestinal del recién nacido por miles de bacterias beneficiosas procedentes de la madre (microbiota y microbioma), que ayudarán a programar en el niño un ambiente microbiológico intestinal saludable de por vida y le ayudará a luchar contra las enfermedades. Aunque la importancia es realmente alta, existe evidencia de que menos de la mitad de los recién nacidos en el mundo, son iniciados en la LM en su primera hora de nacido, Fuente: base de datos global UNICEF, 2016 muestra además que 2 de cada 5 recién nacidos continúan recibiendo LME a los 6 meses de vida.

9.5. PATOLOGÍAS QUE CONTRAINDICAN LA LACTANCIA MATERNA

CÁNCER: Se contraindica la lactancia materna mientras la madre se encuentre en tratamiento con quimioterapia, ya que las antimetabolitos producen depresión del sistema inmunitario, trastornos severos del crecimiento y puede producir carcinogénesis.

PROCEDIMIENTOS CON MEDIOS QUE CONTENGAN SUSTANCIAS RADIATIVAS: La suspensión de la lactancia materna debe hacerse según la indicación del área de Medicina Nuclear, para determinar tiempo en el que se puede retomar el amamantamiento sin riesgos, la extracción se debe realizar y desechar

la leche para evitar mastitis, se recomienda extraer leche materna antes del procedimiento para evitar la suspensión de esta al lactante durante el procedimiento y después de éste.

MADRES HIV POSITIVAS: Se calcula que cada año nacen 1,6 millones de niños de madres infectadas por el VIH, principalmente en los países de bajos ingresos en la declaración oficial de la OMS en 1992 sobre las conclusiones de expertos reunidos en Ginebra respecto a la conveniencia o no de la Lactancia Materna en hijos de mujeres VIH seropositivas se recomendó:

- En todos los grupos poblacionales, se debe continuar promoviendo, protegiendo y apoyando la Lactancia Materna sin importar los índices de prevalencia de la enfermedad.
- En los lugares en donde las causas más importantes de mortalidad infantil continúan siendo las enfermedades infecciosas y la desnutrición, se recomienda a las gestantes que amamenten a sus hijos aun aquellas con el virus del VIH.
- En los lugares y grupos en donde las enfermedades infecciosas no son la causa más importante de muerte durante la infancia, se debe aconsejar a las madres VIH seropositivas que NO amamenten a sus hijos.

Lo que se recomienda es siempre valorar el paciente de manera individual e identificar riesgo/beneficio.

MADRES CON HEPATITIS A: En mujeres con esta enfermedad infecciosa se recomienda suspender temporalmente la Lactancia Materna en el periodo agudo de la enfermedad.

Si la madre adquiere la hepatitis B en el momento del nacimiento o después de este, se hacen titulaciones de antígeno específico y si es negativo se aplica vacuna, se

suspende la Lactancia Materna por tres meses dando tiempo a que pase la ventana inmunológica y se relacta después del tercer mes.

HERPES Y HERPES ZOSTER: Solo se debe suspender si las lesiones se encuentran en la mama. La leche por extracción puede ser dada si la madre logra la cantidad suficiente para garantizar la demanda del lactante.

RUBEOLA Y VARICELA: Se recomienda aislar al lactante durante el periodo de contagio de la enfermedad.

TUBERCULOSIS: Se contraindica la lactancia materna si es activa y lleva menos de 30 días de tratamiento, la OMS recomienda no separar al niño o niña de la madre a pesar de ser bacilífera, teniendo los cuidados necesarios para el menor.

ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: Contraindica la Lactancia Materna por la excitación o depresión que pueden generar en el lactante. (14)

9.6. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL LACTANTE Y LA MADRE

BENEFICIO PARA EL LACTANTE

La lactancia materna aporta beneficios tanto para el lactante como para la madre, a corto y mediano plazo. En el corto plazo, recopilación de estudios elaborada por la Organización Mundial de la Salud corrobora que los niños amamantados tienen menores tasas de diarrea, infecciones de las vías respiratorias, otitis media y otras infecciones que pueden causar la muerte. En el largo plazo la LME se asocia con menor obesidad y diabetes, mejores puntuaciones en el desarrollo intelectual. Los

beneficios de la lactancia materna para la salud del lactante son múltiples, la disminución de la mortalidad infantil, al beneficiar el sistema inmunológico, cuando se es constante con la LME hasta los 6 meses, y se sigue como parte de la alimentación por lo menos hasta los 2 años.

Ayuda a que el cerebro realice más rápido conexiones neuronales, lo cual se asocia con un mayor coeficiente intelectual.

La LME contribuye a la maduración neurológica y funcional del tracto gastrointestinal, al desarrollo de los mecanismos de defensa inmunes, y no inmunes de la mucosa gastrointestinal y a la maduración renal, disminuye las tasas de síndrome de muerte súbita del lactante, diabetes tipo I y II, linfoma, leucemia, sobrepeso, obesidad, hipercolesterolemia, alergias alimentarias, asma, promueve el desarrollo sensorial y cognitivo del bebé.

La adecuada alimentación y nutrición durante la infancia y la niñez temprana es un factor esencial para lograr que los niños y niñas alcancen su máximo potencial en el crecimiento, desarrollo y salud. Otros grandes beneficios para el lactante son en términos de crecimiento, niveles de hierro en el organismo, desarrollo neuromotor, reducción de enfermedades atópicas. La LME disminuye la presencia de enfermedades infecciosas, especialmente las gastrointestinales. Los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, reportan mejor estado nutricional, por el alto contenido de micronutrientes en el organismo, además satisface su sed y sus necesidades alimentarias.

BENEFICIO PARA LA MADRE

Las que amamantan tienen menor tasa de sangrado, posparto, y a largo plazo se reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario y las tasas de obesidad. Se fortalece el vínculo materno filial. Las madres que lactan a sus hijos disminuyen el riesgo de sufrir mastitis. Aumenta el espacio de nuevo embarazo, Es alimento menos costoso lo cual beneficia la economía del hogar, además de los costos que se ahorran por la disminución en gastos de transporte por visitas al médico, asociadas a la enfermedad del lactante, que es mucho más sano, este alimento no necesita preparación.

La trascendencia de la lactancia materna está dada por la disminución de la morbimortalidad infantil determinada por la prevención de condiciones clínicas de tipo infeccioso, alérgico y carencial, hematológico, metabólico y respiratorio, entre otros. La lactancia materna presenta un impacto positivo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) al reducir la mortalidad infantil y mejorando la salud materna gracias a la protección contra enfermedades crónicas.

9.7. PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

La LM debe ser promovida, apoyada y protegida. La creación de sistemas de protección de la práctica existente del amamantamiento merece prioridad, tanto desde la perspectiva de los derechos humanos como del punto de vista económico. En segundo término, esta prioridad debería orientarse a proporcionar el apoyo moral, de manejo a la lactancia; nutricional; en el lugar de trabajo; económico y social, que las mujeres necesitan para cumplir con sus objetivos de lactancia. La promoción de la lactancia será racional y exhaustiva solamente cuando estos mecanismos sean establecidos, para ayudar a convencer a las mujeres a aumentar

la duración y la intensidad de su período de las ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA – IAMI.

9.8. LOS DIEZ PASOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN IPS HOSPITALARIAS Y AMBULATORIAS DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA.

Paso 1

Voluntad política institucional

Disponer por escrito de una política institucional para la promoción, protección, atención y apoyo en salud y nutrición a la población materna e infantil, con enfoque de derechos y perspectiva diferencial, que garanticen la integralidad, calidad, y continuidad de la atención en los servicios y programas dirigidos a gestantes, madres, niñas y niños menores de 6 años y que se ponga sistemáticamente en conocimiento de todo el personal de la institución.

Paso 2

Preparación técnica, conceptual y práctica en salud y nutrición del personal de la institución

Capacitar a todo el personal que atiende la población materna e infantil, de tal forma que esté en condiciones de poner en práctica la política institucional de salud y nutrición en favor de la mujer y la infancia, dentro del marco de los derechos humanos, el enfoque diferencial y la perspectiva de género.

Paso 3

Educación, información y atención en salud y nutrición a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia materna y sus familias.

Brindar a las mujeres gestantes y sus familias, educación y atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación, prepararse para

el parto, el puerperio y la lactancia materna, incluyendo la preparación para el cuidado en salud y nutrición de sus hijas e hijos, con énfasis en los recién nacidos, favoreciendo el ejercicio de sus derechos, la participación familiar y en especial la corresponsabilidad del padre en la crianza.

Paso 4

Trabajo de parto y parto con calidad y calidez.

Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora.

Paso 5

Educación y atención con calidad y calidez en el puerperio al binomio madre-hija-hijo.

Brindar orientación y ayuda efectiva a las madres, padres y otros cuidadores sobre la promoción, protección y atención en salud, nutrición de las madres y de las niñas y niños recién nacidos, sean sanos o enfermos, con especial atención a las familias más vulnerables. Así como facilitar el registro civil al nacimiento y los controles posparto a la madre y al recién nacido.

Paso 6

Apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna

Promover y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica la lactancia materna exclusiva, a libre demanda durante los primeros seis meses de vida, y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad y más. No suministrar a las niñas y niños chupos ni biberones y cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, las resoluciones posteriores que lo actualizan o modifican y la norma nacional que

reglamenta la comercialización de alimentos para lactantes, niñas y niños pequeños.

Paso 7

Favorecer el alojamiento conjunto y el acompañamiento

Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido y crear condiciones para mantener la lactancia materna, incluso en situación de hospitalización de la madre y/o de su hijo o hija. Además, permitir la presencia permanente de un familiar en los casos de hospitalización de todas las niñas y niños.

Paso 8

Atención Integral en salud y nutrición a las niñas y los niños para su adecuado crecimiento y desarrollo.

Proveer atención integral en salud y nutrición a todas las niñas y niños menores de seis años que acuden a la institución, asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y el desarrollo, la intervención oportuna de las alteraciones detectadas, y la orientación efectiva a madres, padres y sus familias sobre los cuidados acordes con la edad y condición de cada niña o niño atendido, respetando la diversidad y las diferencias. Ministerio de la Protección Social República de Colombia Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

Paso 9

Entornos protectores y espacios amigables.

Garantizar entornos protectores y espacios amigables en toda la institución, partiendo del reconocimiento de las usuarias y usuarios de los servicios como sujetos de derechos, a quienes se les garantiza la educación para la promoción de la salud, la lactancia materna, la nutrición y la alimentación adecuadas, y la prevención de la enfermedad. Así mismo, la información veraz, oportuna, completa y libre de presiones comerciales o de cualquier tipo, la no discriminación, la

participación y el trato digno para todas las madres, padres, niñas, niños y familias que acuden a la institución.

Paso 10

Continuidad en el cuidado de la salud y nutrición más allá de la IPS.

Disponer de mecanismos y estrategias de apoyo institucional y comunitario que favorezcan la continuidad de las acciones desarrolladas en los diferentes servicios institucionales, con las acciones que madres, padres, familias y cuidadores realizan en sus hogares y comunidades, con el fin de favorecer el desarrollo infantil temprano de todas las niñas y niños.

9.9. TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA

Una buena técnica de lactancia permite mantener la producción de leche y evita la aparición de grietas y dolor, antes de iniciar el proceso de amamantamiento es fundamental el lavado de las manos, y tener a disposición todos los elementos para garantizar la comodidad durante el proceso, como lo son, agua, cojines, toallas, etc.

POSICIÓN SENTADA (O POSICIÓN DE CUNA)

Se coloca al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. La madre lo sujeta con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo, pero no muy cerca del codo para que el cuello no se flexione, lo que dificultaría el agarre. Con la otra mano dirige el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre, lo acerca con suavidad al pecho.

POSICIÓN ACOSTADA

La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también de lado, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. Cuando el bebé abra la boca, la madre

puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con suavidad, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días de lactancia.

POSICIÓN CRIANZA BIOLÓGICA

La madre se coloca recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé desarrollar los reflejos de ganeo y búsqueda. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho).

POSICIÓN EN BALÓN DE RUGBY (O POSICIÓN INVERTIDA)

Se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del bebé, pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello un poco estirado para atrás (deflexionado), para facilitar el agarre. Es una posición adecuada para amamantar a gemelos y a prematuros.

POSICIÓN DE CABALLITO

El bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura es útil en casos de grietas, reflujo gastroesofágico importante, labio leporino o fisura palatina, prematuros, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo, a la vez que se sujeta la barbilla del bebé.

(15)

9.10. DETERMINANTES SOCIALES QUE AFECTAN LA LACTANCIA MATERNA

Siendo la Lactancia Materna la práctica más sana, más prometedora en términos de salud y beneficios para los recién nacidos, señalado por diversos estudios, independientes y de diferentes entidades gubernamentales en países de todo el mundo, entre ellos Colombia desde 1998, planteando y ejecutando el Plan decenal de lactancia materna 2010-2020. La actual situación desfavorable de la lactancia materna repercute tanto en la salud del binomio madre e hijo, como en el ámbito económico de la sociedad y el Estado. Sin diferenciación de etnia, edad, estrato, educación, etc, son muchos los obstáculos que se presentan para que no sea llevada a cabo con éxito por la madres, por lo menos en los primeros 6 meses de vida, como indica la OMS la cual confirma, por diferentes investigaciones, que la lactancia materna está condicionada tanto por características individuales/sociodemográficos (edad, estrato, etnia, educación, estado civil, oficio, situación laboral), creencias culturales, factores familiares (hogares funcionales, madres primerizas), las actitudes e intervenciones de los sistemas de provisión de salud (políticas hospitalarias y estrategias de apoyo desarrolladas por el personal de salud), nivel de desarrollo de políticas gubernamentales dirigidas al cumplimiento de normas por parte de las empresas y el apoyo a las leyes que protejan la práctica de la LM en todos los países, incluyendo el control de la publicidad de alimentos sucedáneos.

Diversos estudios han concluido que las características sociodemográficas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva, siendo las madres de menor edad, las solteras, las de un nivel socioeconómico menor, primíparas y con un menor nivel de educación las que llevan a cabo una lactancia materna exclusiva más reducida. Otra variable importante en relación con la duración de la lactancia materna exclusiva es la situación laboral de la madre. Para las trabajadoras, la falta

de apoyo en el trabajo es la barrera más importante para no poder seguir con la lactancia materna exclusiva. Una razón añadida es la percepción de no tener leche suficiente (hipogalactia), pero se estima que sólo en un 5% de los casos tal percepción se corresponde con la realidad. Este último motivo, junto con la concepción prenatal sobre la lactancia materna exclusiva (el interés y la confianza de la madre, entre otros), podrían llegar a tener más impacto que las variables sociodemográficas (16)

Se destaca que el desconocimiento de los beneficios que la madre percibe para ella en relación con los que considera para su hijo, conlleva a una baja práctica de la LME.

Otro factor encontrado es el hecho de recibir biberón después del parto en el hospital, esta práctica por parte de los funcionarios de la salud no ayuda a que el bebé sea alimentado en la primera hora de nacido, tiempo determinante para el éxito de la LME, lo que requiere de tiempo para enseñar con paciencia a la madre la técnica de amamantamiento, apoyándola también en términos de información acerca de la importancia de la LM para lograr que se lleve a cabo de una manera exitosa.

Las madres que requieren de mayor intervención para incrementar el tiempo que amamantamiento, son las madres que no tienen pareja a su lado, las que trabajan o buscan trabajo y que demuestran menor contacto con las instituciones prestadoras de servicios durante el embarazo y después del parto. Uno de los perjuicios más declarados por las madres fue el de molestias o dolor con el amamantamiento, lo cual indica también la necesidad de fomentar una mayor información sobre técnicas adecuadas del mismo.

Una lactancia materna exclusiva de larga duración se ha asociado significativamente con una técnica de succión apropiada y la ausencia de problemas del pezón.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como una forma ideal, suficiente, adecuada e insustituible de proporcionar los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo de los lactantes, de manera exclusiva durante los primeros seis meses y como lactancia materna complementaria hasta los dos años (17)

La lactancia materna es la práctica más segura, económica y saludable que puede haber para la alimentación de los niños y niñas, durante sus primeros meses de vida; posee todas las virtudes que se requieren para que el lactante reciba los nutrientes que lo protegen de múltiples enfermedades y le garantiza un desarrollo apropiado, tanto físico como psicológico, el vínculo madre hijo que se crea durante esta práctica es inmensamente grande, con beneficios para el niño, la madre, y la sociedad, en términos de niños más fuertes, más seguros, más sanos, también para el sistema de salud, dado que la demanda de los servicios disminuye, por los excelentes resultados para el niño en su sistema inmunológico, físico y psicológico, disminuyendo la de la morbi-mortalidad infantil.

Es tan importante esta práctica, a nivel mundial y los entes territoriales en Colombia se han dedicado a promover, incentivar y regular la LM y la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, de tal manera que se ha potenciado su incremento, convirtiéndose en un tema de alto valor para las sociedades modernas

Muchos estudios han demostrado que la baja prevalencia de la lactancia ha llegado a considerarse como un problema de salud pública, y entes como la OMS y la UNICEF le dan prioridad en todos los niveles y han generado políticas tendientes a incrementar, llevándola a ser una de las metas prioritarias en muchos países.

La lactancia materna y específicamente, la lactancia materna exclusiva, debe ser motivo de gran atención en nuestro país, y a pesar de que en comparación con la década de los 90, se ha evidenciado el incremento en la prevalencia, todavía las tasas siguen siendo muy bajas, y la meta de sostenerla en los primeros 6 meses de vida, debe convertirse en una prioridad para los entes de salud territoriales.

En la actualidad se ha logrado la participación conjunta de diferentes sectores de la sociedad que apoyan la práctica de la LME, como una manera de lograrlo en el mayor número de mujeres, identificando e interviniendo los determinantes que le impiden llevarla a cabo, alineándose a las políticas que se vienen desarrollando y logrando un incremento en la prevalencia, en muchas regiones del país y a nivel mundial.

10. MARCO LEGAL

Alrededor del mundo se incentiva el desarrollo de legislación y programas que protejan, promuevan y apoyen en todo el mundo la práctica de la LM, cada país se apoya en sus organizaciones gubernamentales, las cuales han elaborado documentos que respaldan el compromiso que tienen los estados para hacer realidad este derecho. En la Declaración de Innocenti, de 1.990 (Representantes de 40 países, entre ellos Colombia), firmaron el documento que ratifica la declaración conjunta OMS/UNICEF para el apoyo de la LM.

Para aumentar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolla una serie de actividades, que se enmarcan en los siguientes aspectos:

1. El desarrollo de Plan Decenal de Lactancia Materna 2.010-2.020 en 21 departamentos del país.
2. La elaboración de un estudio en 16 ciudades del país, el cual se llevó a cabo en instituciones de salud y establecimientos comerciales en cuanto a publicidad y etiquetado de los productos, dan como resultado el informe del monitoreo al Código Internacional de Sucedáneos de leche materna.
3. La implementación de 14 bancos de leche humana en los hospitales: General de Medellín, Departamental del Valle, Adela de Char en Barranquilla, Departamental de Nariño, Civil de Ipiales, Kennedy de Bogotá, Fernando Troconis de Santa Marta, Rosario Pumarejo de Valledupar, Erasmo Meoz de Cúcuta, Hernando Moncaleano de Neiva, de Fusagasugá, Rafael Calvo de Cartagena, Federico Lleras de Ibagué y de Caldas.

4. El entrenamiento a 22 equipos en el método ‘Madre Canguro’ de instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias con unidad de cuidado neonatal en todo el territorio nacional, celebración que se llevó a cabo en el mes de noviembre en el territorio nacional del Método Madre canguro en niños prematuros y de bajo peso al nacer.
5. El fortalecimiento de las habilidades y competencias para la implementación efectiva de la consejería en lactancia materna mediante talleres participativos en los 32 departamentos.

10.1. DERECHOS LEGALES DE LOS LACTANTES

- Las mujeres embarazadas que están trabajando tienen derecho a 18 semanas de licencia o 20 si el parto es múltiple, según la modificación de los artículos 236 y 239 del CST (Ley 1822 del 2017), donde también se establece que posterior al reintegro laboral, la madre dispondrá de 2 descansos diarios, de 30 minutos para amamantar a su hijo, que deberán hacerse, según la ley 1823 de 2017, en salas amigables de la familia lactante, las cuales deberán estar dispuestas en entidades públicas y privadas.

NORMAS INTERNACIONALES	OBJETIVO	ANÁLISIS
	Atención primaria de la Salud, la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente	Se debe garantizar la integralidad de la atención a toda la comunidad de manera oportuna y accesible

<p>Conferencia de Alma Ata 1978 Nueva – _Delhi (India)</p>	<p>fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y a cada etapa de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y auto determinación</p>	<p>tanto para el Estado como para el Individuo</p>
<p>Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981) Asamblea Nacional de Salud,</p>	<p>Buscaba favorecer a los lactantes y garantizar una adecuada nutrición. Adicionalmente, impulsaba la protección y promoción la lactancia materna, estableciendo el uso apropiado de los sucedáneos de la leche materna</p>	<p>Promueve la lactancia materna como práctica única, pero que por diferentes factores se veía amenazada y tratar de asegurar una apropiada comercialización de los sustitutos de la leche materna, biberones y chupos</p>

<p>Declaración de Innocenti (1991)</p> <p>OMS y UNICEF,</p>	<p>Política sobre “Lactancia en el decenio 1990: una iniciativa a nivel mundial”</p>	<p>Promovida por diferentes instituciones a nivel internacional para la promoción de la lactancia materna como practica única hasta los 6 meses de edad, promoviendo y reforzando y empoderando para crear cultura del amamantamiento</p>
<p>Plan Estratégico sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa (2004)</p>	<p>Se considera que es una prioridad de salud pública para el continente la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia</p>	<p>Buscaba involucrar a los actores de salud y comunitarios, padres para mejorarlas tasas de lactancia materna</p>
<p>Convenio sobre la protección de la maternidad (2000)</p> <p>Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo</p>	<p>Establece la igualdad de todas las mujeres integrantes de la fuerza de trabajo</p>	<p>Se establecen acciones que garanticen y apoyen la salud y la seguridad de la madre y el niño cuando se encuentren laborando.</p>

54ª Asamblea mundial de la salud (2001)	Se retoma lo planteado en Código Internacional de Sucedáneos de la leche materna	Ofrece la oportunidad de ofrecer la oportunidad de reforzar la función fundamental del código internacional en la protección y la promoción de la lactancia materna
55ª Asamblea Mundial de la Salud (2002)	Aprueba la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.	La lactancia como un acto natural y estipula los momentos adecuados para el inicio de la alimentación complementaria, para que estos suplan las necesidades nutricionales del lactante, donde todos los actores deben comprometerse con metas e indicadores cumplibles para su cumplimiento
NORMAS NACIONALES	OBJETIVO	ANÁLISIS
	Artículos 43 y 44 Recoge los Derechos Fundamentales del Niño	El estado la sociedad y la familia como núcleo fundamental, deben

Constitución Política de Colombia (1991)	y hace énfasis en responsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado para su cumplimiento artículos 49 y 50	garantizar la protección de la mujer en embarazo y después del parto, de los niños, niñas y adolescentes, salvaguardando la vida, integridad física, salud, alimentación, educación, amor y cultura, y prevalecerán estos derechos sobre los demás
Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN) (1970)	Primera campaña a favor de la lactancia materna	El Gobierno Nacional Colombiano logra integrar sectores públicos y privados y capacita a grupos de madres y personal de salud en Lactancia Materna y alimentación complementaria
Resolución 5532 (1980) Ministerio de salud	Se establece como norma nacional para el fomento de la lactancia materna en las instituciones donde se prestan los servicios de atención prenatal, parto,	Por medio de la cual se garantiza que en todas las instituciones de salud se incentive y promueva la LM

	puerperio y del recién nacido	
Decreto 1220 (1980) Ministerio de Salud	Ratificar el compromiso internacional al cumplimiento con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	Se continua con el compromiso Nacional al Código Internacional
Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil, también llamado Supervivir (1985) Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la UNICEF y la OPS	Este plan se enfocó en hacer cumplir el derecho a la salud de los niños, así como en promover el desarrollo integral del niño.	Por medio de actividades enfocadas en la nutrición, la LM, y la atención adecuada a la mujer gestante y en edad fértil
Decreto 2737 de 1989,	Derechos del menor	Acciones y medidas y encaminadas a la protección del menor
Ley 10 de (1990)	Reglamenta el proceso de descentralización y financiación del sector salud;	Permite a las instituciones desarrollar proyectos que favorezcan la lactancia materna como estrategia de

		eliminación del hambre y de la desnutrición infantil
Ley 50 de 1990	Reforma al CST en el artículo 33 “Protección a la maternidad. La maternidad gozará de la protección especial del Estado”	En esta se apoya a la gestante y al lactante para garantizar el goce de sus derechos
Constitución Política 1991, artículos 43 y 44,	Recoge los derechos fundamentales del niño y hace énfasis en responsabilidad de la familia, la sociedad y el estado para su cumplimiento	Responsabiliza a todos los actores, incluyendo el Estado, de la protección de los derechos fundamentales del niño
Ley 12 de 1991 el Estado colombiano crea el Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna 1991-1994	Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños y las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia	Se identifican estrategias y metas para garantizar la LM
Resolución 1801 de (1992) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Por el cual se dispone el cumplimiento de la política para la reactivación y el apoyo a la práctica de la Lactancia Materna	

Decreto 1396 de 1992	Reglamenta la creación del Consejo Nacional de apoyo a la Lactancia Materna	Se involucran organizaciones que deberán apoyar la LM
Decreto 1397 de 1992. (Deroga decreto 1220 de 1980)	Reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula y complementarios para lactantes	Por la cual se determina el control para la comercialización de los sucedáneos de leche materna, donde debe primar la misma de manera exclusiva.
Resolución 7353 de 1992	Establece la iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN)	Promocionando la lactancia materna teniendo en cuenta los 10 pasos para una lactancia natural exitosa
Ley 100 de 1993, crea el Plan Obligatorio de Salud (POS), por medio de su artículo 162; Plan de Atención Básica (PAB) por medio del artículo 165, se da prioridad a la atención materno infantil y a la LM en el artículo 166, y en su artículo 132 incluye que las Cajas de compensación,	Se regula la atención integral financiada en su totalidad por el POS	

fondos de pensiones y entidades del sector público, deberán administrar de forma independiente y en cuentas separadas el régimen de amparo a la maternidad.		
Resolución 4398 de 1996,	Donde se define el PAB	Se establecen acciones colectivas que generen impacto en la comunidad a favor de la LM como protector de la salud
Resolución 3997 de 1996	Se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad social en salud (SGSSS), esta norma refiere. en sus artículos que “las acciones de promoción y prevención para los menores de un (1) año, la	Se incentiva, se plantean acciones de educación para garantizar esta resolución

	educación a la madre y el cuidado sobre hábitos posturales, higiénicos y alimentarios, y de las funciones vitales (succión, deglución, respiración) todas ellas básicas en lactancia materna”	
Acuerdo 039 de 1996,	El ICBF dicta lineamientos y procedimientos técnicos y administrativos para la organización y funcionamiento de los Hogares Comunitarios de Bienestar (FAMI). En el artículo 3 literal g, se encuentra la propuesta para la conformación de grupos de apoyo a la LM en cada hogar comunitario de Bienestar FAMI.	Esto va a garantizar a todos los niños y niñas que se encuentran bajo el cuidado del ICBF una alimentación y cuidado monitoreado bajo los estándares que brinden el sano desarrollo de los niños y niñas
Plan Nacional de Lactancia Materna 1998-2008 Ministerio de Salud, ICBF, y UNICEF	Promoción, protección y apoyo a la LM.	Esta sigue incentivando y promoviendo al LME hasta los 6 meses y establece continuarla,

		por lo menos, hasta los 2 años con alimentación complementaria
Resolución 412 del 2000, establece la nutrición y la LM como una de las acciones de promoción y prevención en el manejo de estas patologías	Patologías derivadas de la salud sexual y reproductiva, salud de la infancia, y enfermedades infecciosas	En esta resolución se dictan los controles y seguimiento que se debe hacer a la gestante recién nacido, niños, niñas y adolescentes para garantizar un óptimo desarrollo
Ley 1098 del 2006, se expide el Código de la Infancia y adolescencia	<p>Tiene como objetivo garantizar a los niños, niñas y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión.</p> <p>Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad, y a la dignidad humana, sin discriminación alguna</p>	

Plan Decenal Lactancia materna 2010-2020	Un imperativo público para la protección y la alimentación adecuada de los niños y niñas menores de 2 años	Este plan decenal tiene estrategias y metas definidas para garantizar la LM exclusiva y complementaria, evaluando adherencia a la misma y el impacto que tiene en el menor, la gestante, la sociedad y el Estado
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la dimensión seguridad alimentaria y nutricional, meta 7 a 2015 incrementar en dos meses la duración media de la LME en menores de 6 meses.	Se establecen las metas donde se garantice no solo la LME sino el goce de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes	En este Plan Decenal de Salud Pública se establecen metas internacionales para garantizar y brindar seguridad a las gestantes, niños, niñas y adolescentes
Estrategia Nacional de LM 2014-2018 (ENLM),	Surge la necesidad de integrar las diferentes acciones que se realizan en el país para proteger, promover y apoyar la práctica de la LM hasta los 6 meses de edad	

Ley 1822 de 2017 por medio de la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, se modifica los artículos 236 y 239 del CST y se dictan otras disposiciones	Se incrementan el tiempo de licencia de maternidad de 14 a 18 semanas	Esta contribuye a darle mayor posibilidad a la madre laboralmente activa de amamantar por un periodo más largo al lactante.
Ley 1823 de 2017 con la cual se adopta la estrategia Salas amigas de la Familia lactante del entorno Laboral en entidades públicas, territoriales y empresa privadas y se dictan otras disposiciones	Se establecen tiempos para la creación de las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno laboral, para garantizar el amamantamiento en los dos periodos de descanso, de 30 minutos cada uno, al que tiene derecho la mujer posterior al reintegro laboral	Obliga a que las entidades públicas y privadas dispongan de salas especiales para el amamantamiento de las mujeres laboralmente activas, al terminar su periodo de licencia de maternidad e incorporarse a su vida laboral.

11.METODOLOGÍA

11.1. DISEÑO

Estudio tipo encuesta transversal

11.2. POBLACIÓN

Niños y niñas menores de 6 meses de edad residentes nacidos en el municipio de Pereira durante el periodo de agosto a diciembre de 2017.

Se estableció el periodo de recolección de la información, se definieron parámetros y procedimientos de captura de la información. Total, de nacidos para el periodo definido tomando un muestreo de acuerdo a los estratos y complejidad de la información.

11.3. MUESTRA

Se estableció como marco de muestreo todos los nacidos vivos durante el periodo agosto a diciembre de 2017, que al momento de la encuesta tenían entre 0 y 5 meses, 29 días de edad. Este marco muestral fue plenamente identificado y caracterizado desde el sistema de información RUAF, el cual correspondió al registro de certificados de nacimientos del municipio de Pereira. El indicador

proporción de niños que lactan exclusivamente fue del 25,3%, con una precisión deseada absoluta de 4% para un intervalo de confianza al 95%, se requieren como mínimo $n=775$ niños entre 0-5 meses, 29 días

11.4. ESTRATEGIA DE MUESTREO

Al tener un marco muestral bien definido sobre la población a estudiar, los sujetos de estudios fueron seleccionados mediante Muestro aleatorio sistemático sin reemplazo, para lo cual se implementó bajo el software EPIDAT 4.0. Como unidad de muestreo, se tuvo a cada uno de los niños y niñas menores de 6 meses.

11.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad menor a 6 meses
- Residencia mayor a 2 meses en el municipio de Pereira
- Voluntariedad en la madre en contestar la encuesta

11.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Edad gestacional al nacer menor o igual a 36 semanas
- Peso al nacer inferior a 2500 gr
- Condiciones de comorbilidad maternas que hallan contraindicado la lactancia:

Absolutas: VIH

Mortalidad materna

Pacientes con Cáncer en tratamiento con quimioterapia

Hepatitis B
Relativas: Morbilidad materna extrema
Mastitis

- Ingreso o unidad neonatal por cualquier motivo

11.7. DESENLACE

Proporción de niños menores de seis meses que abandonaron la lactancia materna exclusiva.

11.8. EXPOSICIÓN - ESTÁN EN MODELO DE LA OMS

- Ingreso en SMMLV de la madre (determinante social).
- Número de años de escolaridad ganados (determinante social).
- Estratificación socioeconómica dada por el municipio en la vivienda (determinante social).
- Grupo étnico con el cual la mujer se identifica (determinante social).
- Edad en años al momento del nacimiento de su hijo.
- Ocupación desempeñada al momento del nacimiento de su hijo (determinante social).
- Consejería entregada dentro de la asistencia a cursos prenatales de su hijo.

11.9. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Posterior a la selección aleatoria de la muestra, se contactó a cada una de las instituciones de salud donde ocurrió el nacimiento para obtener datos sobre

ubicación las madres de la madre (teléfono, dirección), posteriormente un equipo de tres encuestadores previamente entrenados por nosotros, contactaron vía telefónica a las madres, se socializó el objetivo del estudio y obtuvo el consentimiento informado de cada una de ellas. Se aplicó la encuesta adaptada por OMS dentro del manual de lineamientos metodológicos para evaluación de prácticas de lactancia materna en lactantes. Esta encuesta está constituida por aspectos demográficos como datos personales (nombre de la madre o cuidadora, nombre del niño, registro civil (RC), edad cumplida en meses del niño, fecha de nacimiento, género).

Un segundo aspecto abordado por la encuesta consta de 11 ítems, donde se abordaron diferentes prácticas de alimentación incluyendo un inventario de líquidos y otro inventario de alimentos sólidos, semisólidos y/o blandos que pudieron ser administrados al bebé en el día o noche inmediatamente anterior al día de la encuesta.

En campo se contó con un profesional coordinador de recolección de datos, el cual tuvo como función el despeje de dudas en el diligenciamiento del formulario, así como también control de calidad en el sitio de realización de la encuesta garantizando completitud y veracidad de ésta.

11.10. SISTEMATIZACIÓN DE LOS DATOS

Con los formularios diligenciados y previa revisión en campo de la calidad del dato y completitud se procedió a digitar en una base de datos diseñada para tal fin en Epi- Info versión 7.2, donde se realizó validación de campo en completitud y rangos

de valores. Posteriormente la matriz de datos se exportó a Excel y se importó al paquete estadístico STATA versión 14.0.

11.11. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se analizaron para las variables categóricas, mediante frecuencias y porcentajes. Para el cálculo de la mediana de duración de lactancia materna exclusiva (o tiempo al cual se dio la ablactación materna) en menores de 6 meses, se realizó mediante el método de análisis de sobrevivencia de Kaplan Meier, definiendo como falla todo niño que dejó de recibir lactancia materna exclusiva, esto según definición OMS, y censuró todo aquel que al momento de la encuesta la estuviera recibiendo aún.

Se realizó un análisis univariado descriptivo exploratorio, para conocer la distribución de las diferentes categorías de las variables cualitativas y distribución en las variables continuas cuantitativas.

Posteriormente se realizó análisis de asociaciones exploratorio, mediante pruebas de hipótesis, tomando como valor de significancia 0.05. ante las variables significativas se llevó a cabo un Stepwise regression, para determinar un modelo de regresión ajustado que permitiera dar control por terceras variables, para esto se realizó una regresión logística binaria

11.12. LIMITACIONES

En el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes barreras o limitaciones:

1. Por el diseño mismo teniendo en cuenta que es un estudio trasversal y el tamaño de la muestra
2. El temor de las madres de una llamada desconocida a pesar de la presentación del funcionario había una desconfianza para brindar la información requerida
3. Información de teléfonos que no correspondían lo cual no permitió la comunicación con la materna.

12.RESULTADOS

12.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

Tabla 1. Ingresos en SMMLV de la madre

INGRESO EN SMMLV DE LA MADRE	Freq	Percent	Cum
0	39	4.94	4.94
1	724	91.76	96.70
2	17	2.,15	98.86
3	6	0.76	99.62
4	3	0.38	100
TOTAL	789	100	

Se encuentra que el mayor porcentaje de mujeres encuestadas se encuentran entre las que ganan 1 SMMLV 91.76%, y el menor porcentaje se encuentra en las mujeres 4 SMMLV 0.38%.

Tabla 2. Años de estudio de la madre

AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE	Freq	Percent	Cum
1	1	0.13	0.13
2	23	2.96	3.09
5	7.35	10.44	10.44
6	1	0.13	10.57
7	1	0.13	10.70
8	2	0.26	10.95
9	49	6.31	17.27
10	38	4.90	22.16
11	300	38.66	60.82
12	8	1.03	61.86
13	69	8.89	70.75
14	5	0.64	71.39
15	164	21.13	92.53
16	13	1.68	94.20
18	2	0.26	94.46
20	43	5.54	100
TOTAL	776	100	

Se evidencia que el mayor número de mujeres a la fecha de la encuesta son las que han cursado 11 años de estudio con 38.66%, para nuestro país (Colombia) bachiller.

Tabla 3. Nivel socio económico asociado a lactancia materna exclusiva

NIVEL SOCIO ECONÓMICO	Freq	Percent	Cum
1	40	5.08	5.08
2	118	14.99	20.08
3	601	76.37	96.44
4	19	2.41	98.86
5	3	0.38	99.24
6	6	0.76	100
TOTAL	787	100	

Se evidencia que el nivel socio económico 3 de la población estudiada presenta mayor adherencia a la lactancia materna exclusiva 76.37%, comparado con el nivel socioeconómico 5 que es el estrato donde se evidencia menor lactancia materna exclusiva con 0.38%.

Tabla 4. La etnia y su relación con la lactancia materna exclusiva

ETNIA	Freq	Porcent	Cum
INDÍGENA	1	0.13	0.13
AFRO	48	6.11	6.24
OTRO	736	93.76	100
TOTAL	785	100	

En la población indígena, por no tener asentamiento ni un mayor número de esta en el municipio de estudio (Pereira), se encuentra un muy bajo porcentaje de lactancia materna con una sola mujer encuestada para la fecha de estudio, otro (población mestiza) tiene una adherencia a la lactancia materna exclusiva de 93.76%

Tabla 5. Edad de la madre y relación de la lactancia materna exclusiva

EDAD DE LA MADRE	Freq	Porcent	Cum
15	9	1.14	1.14
16	6	0.76	1.91
17	26	3.30	5.21
18	26	3.30	8.51
19	36	4.57	13.09
20	41	5.21	18.30
21	50	6.35	24.65
22	46	5.84	30.50
23	57	7.24	37.74
24	42	5.34	43.07
25	31	3.94	47.01
26	61	7.75	54.76
27	35	4.45	59.21
28	22	2.80	62.01
29	30	3.81	65.82
30	34	4.32	70.14
31	42	5.34	75.48
32	40	5.08	80.56
33	20	2.54	83.10
34	14	1.78	84.88
35	24	3.05	87.93
36	16	2.03	89.96

37	19	2.41	92.38
38	22	2.80	95.17
39	2	0.25	95.43
40	6	0.76	96.19
41	10	1.27	97.46
42	7	0.89	98.35
43	12	1.52	99.87
69	1	0.13	100
TOTAL	787	99.97	

El mayor porcentaje de las mujeres que presentan mayor lactancia materna exclusiva 7.75% es a la edad de 26 y el menor es a los 69 años con 0.13%

Tabla 6. Ocupación de la madre con relación a la lactancia materna exclusiva

OCUPACIÓN MADRE	Freq	Porcent	Cum
EMPLEADA	657	83.38	83.38
AMA DE CASA	55	6.98	90.36
DESEMPLEADA	51	6.47	96.83
ESTUDIANTE	25	3.17	100
TOTAL	788	100	

Se evidencia que el mayor porcentaje de lactancia materna exclusiva se encuentra en las mujeres que tienen una relación laboral 83.38%, con respecto a las estudiantes que tienen un porcentaje de 3.17%.

Tabla 7. Relación del tipo de contrato laboral con respecto a la lactancia materna exclusiva

TIPO CONTRATO	Freq	Porcent	Cum
CONTRATO FIJO	634	94.91	94.91
INDEFINIDO	8	1.20	96.11
TRABAJO INFORMAL	26	3.89	100.00
TOTAL	668	100	

El mayor porcentaje de practica de lactancia materna exclusiva se evidencia en las mujeres que están vinculadas laboralmente bajo contrato a término fijo con un 94.91%, comparado con 1.20% de las mujeres con contratos a término indefinido.

Tabla 8. Relación del tipo de contrato laboral con respecto a la lactancia materna exclusiva

ESTADO CIVIL MADRE	Freq	Porcent	Cum
SOLTERA	24	3.07	3.07
CASADA	40	5.12	8.18
UNIÓN LIBRE	716	91.56	99.74
SEPARADA	2	0.26	100.00
TOTAL	782	100	

Se observa un alto porcentaje de practica de la lactancia materna exclusiva en madres que tienen un estado civil de unión libre con 91.56%, con respecto al 0.26% de las mujeres que se encontraban separadas.

Tabla 9. La consejería y su relación con la lactancia materna exclusiva

CONSEJERÍA	Freq	Porcent	Cum
NO	20	2.54	2.54
SI	766	97.46	100.00
TOTAL	786	100	

El mayor porcentaje 97.46% de lactancia materna exclusiva se encuentra en las mujeres que recibieron consejería en esta práctica, frente al 2.54% de las que no la recibieron.

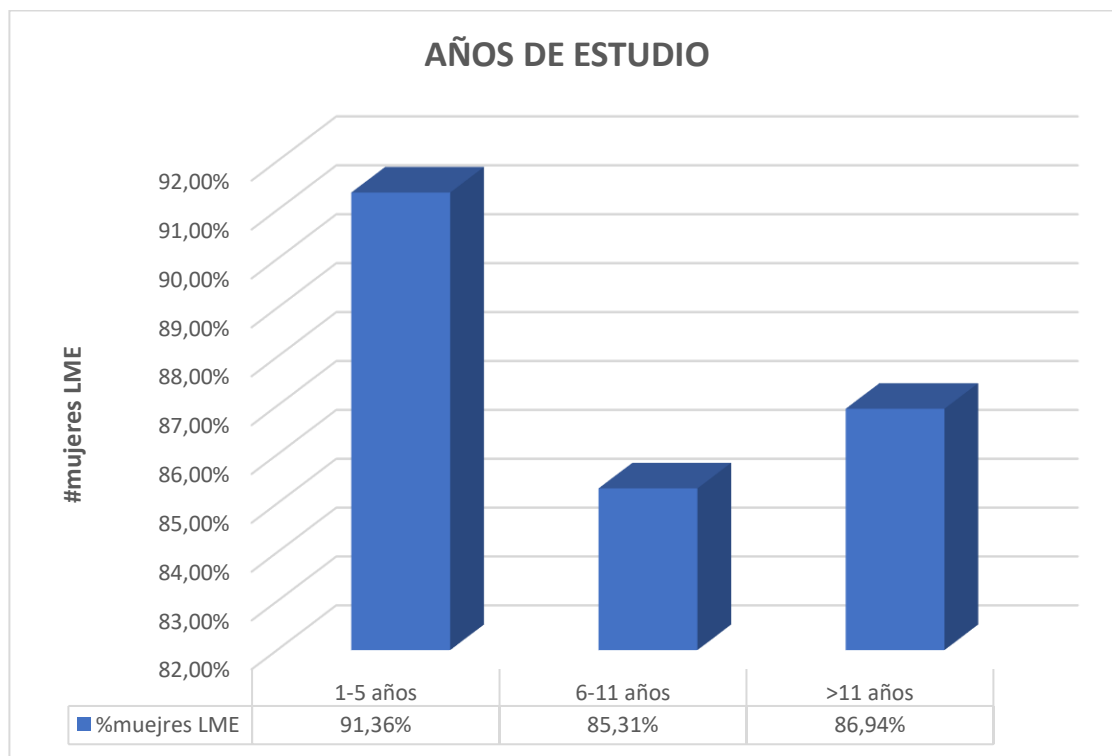
Tabla 10. Sexo del lactante y la relación con lactancia materna exclusiva

SEXO	Freq	Porcent	Cum
FEMENINO	408	51.65	51.65
MASCULINO	382	48.35	100.00
TOTAL	790	100	

El sexo femenino del lactante demuestra en este estudio una mayor relación de recibir lactancia materna exclusiva 51.65%, comparado con el sexo masculino con 48.35%, no siendo muy significativa esta diferencia.

12.2. ANÁLISIS BIVARIADO

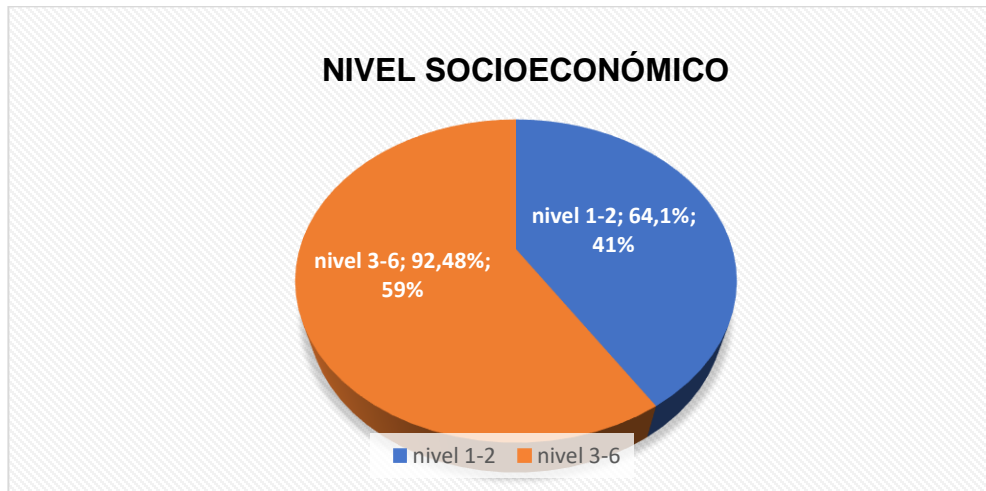
Gráfico 1. Cruce entre años de estudio y LME



Pearson chi2 (2) =2.1676 Pr=0.338

No hay una relación estrecha entre la LME y la escolaridad de la madre, encontrada en el estudio realizado en Pereira de agosto a diciembre de 2017, de 769 mujeres 104 de ellas no lactaban exclusivamente. En la tabla de resultados se puede observar que de las madres que tenían entre 1 y 5 años de escolaridad, 81 en total, 74 lactaban exclusivamente, o sea el 91.3%. Entre 6 y 11 años de escolaridad 388 mujeres, 331 sí llevaron a cabo la LME, el 85%. De las 300 mujeres que tenían entre 12 y 20 años de escolaridad, 260 presentaron LME, el 87%. la escolaridad no tiene una fuerte relación con la práctica de la LME, dado que independientemente de los años de escolaridad, la práctica de LME se mantiene estable.

Gráfico 2. Nivel socio económico y LME

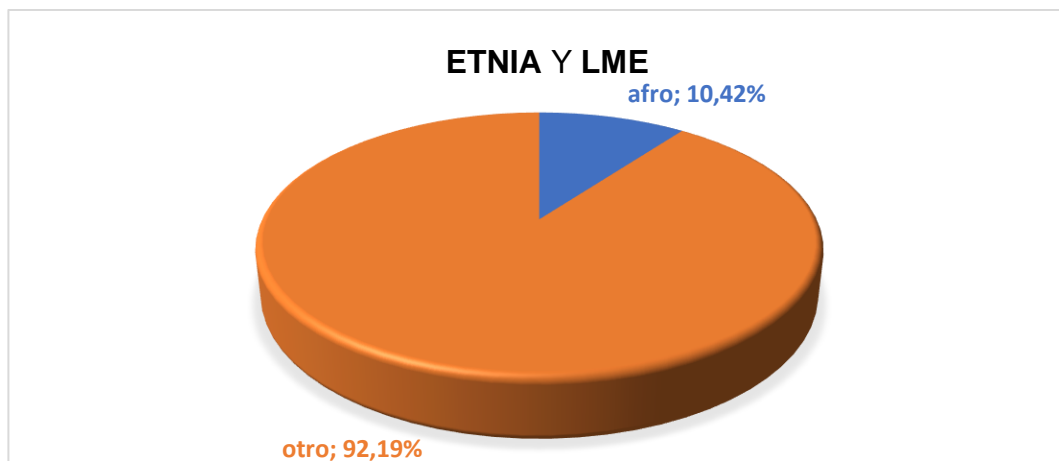


Pearson chi 2 (1) =87.8082 P<0.001

Hay una asociación significativa entre NIVEL SOCIO ECONÓMICO y LME.

De las 781 mujeres encuestadas 86.81% (678) lactan exclusivamente de las cuales 92.48% (578) pertenecen al estrato 3,4,5,6 y en el estrato 1 y 2 64.1% (100) mujeres lactan exclusivamente.

Gráfico 3. Cruce de etnia y LME



Pearson chi2(2) = 268.8786 P<0.001

Aunque se observa una asociación significativa, en esta estimación de asociación se tomarán solo las variables de las categorías 2 y 3, dado que la categoría indígena solo cuenta con una usuaria, lo que no permite hacer una correcta estimación, evidenciando que la población afro el 10.42% corresponde a 5 mujeres de un total de 48 y 92.19% (673 mujeres) de un total de 730, lactan exclusivamente

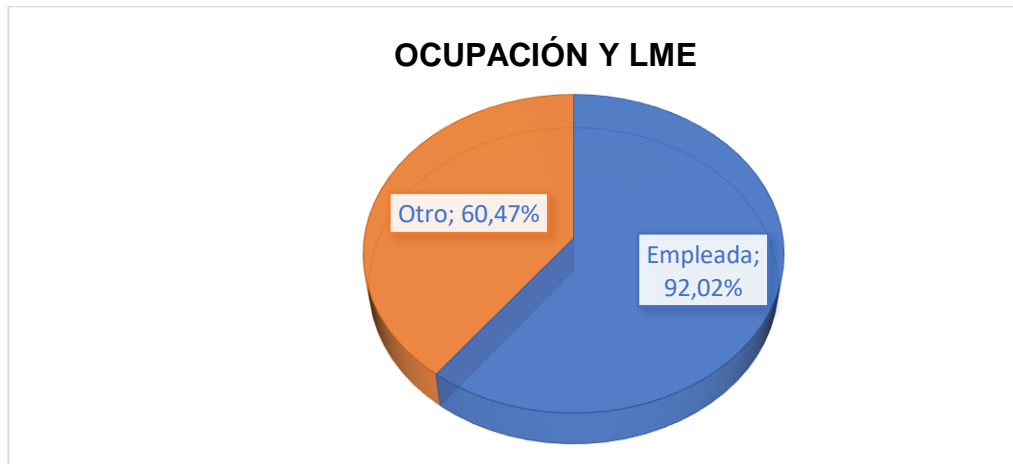
Gráfico 4. Edad de la madre al nacimiento y LME



Pearson $\chi^2(1) = 1.0712$ Pr 0.301

No se presenta diferencia significativa entre los promedios de edad de las madres quienes lactan exclusivamente y quienes no lo hacen teniendo un 87.08% (593) de un total de 681 comparado con 83.33% (85) menores o iguales a 19 años de un total de 102

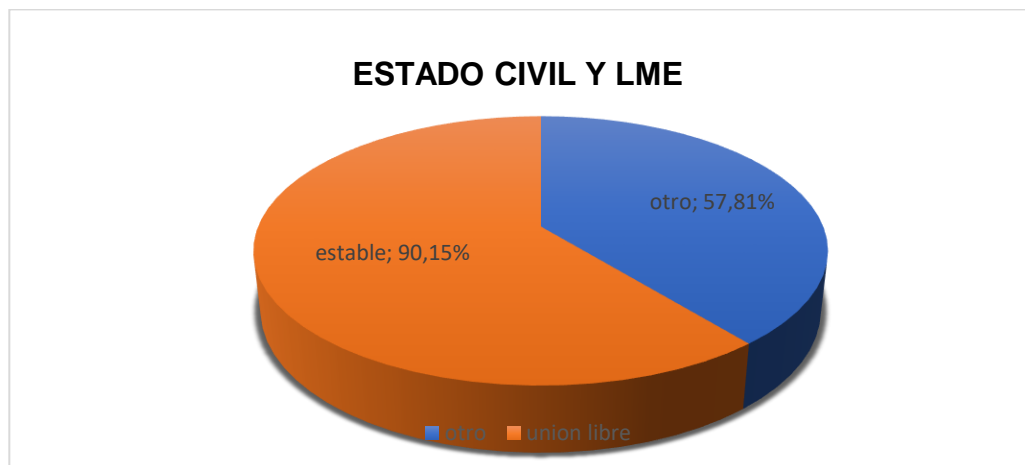
Gráfico 5. Ocupación y LME



Pearson $\chi^2(1) = 93.6870$ $P < 0.001$

El mayor número de mujeres son empleadas, el 92.02% (600), de un total de 652, el 60.47% (78) de un total de 129 corresponde a otro, encontrando una relación significativa entre estas dos variables.

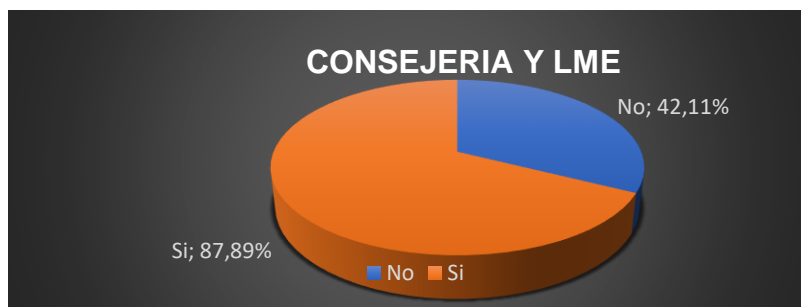
Gráfico 6. Estado civil y LME



Pearson $\chi^2(1) = 56.0905$ $P < 0.001$

Se encuentra una relación significativa donde se evidencia que el mayor porcentaje está en la categoría de las mujeres que tienen pareja en general (unión libre y casada) con un porcentaje del 90.15% (641) de un total de 711, comparado con el 57.81% (37) de un total de 64.

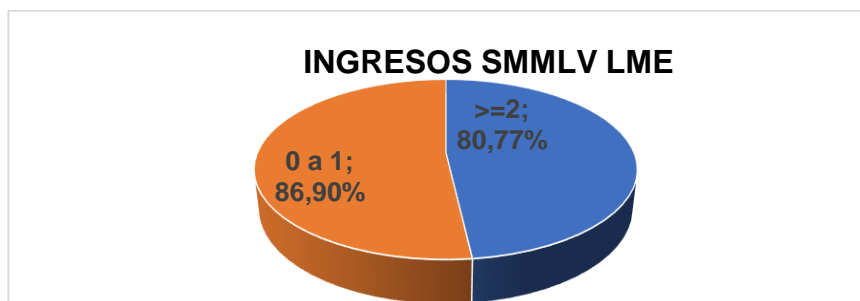
Gráfico 7. Relación entre las mujeres que reciben consejería y la prevalencia con la LME



Pearsonchi2(1) =33.8729 P<0.001

Se encuentra una relación significativa entre estas dos variables donde el % de mujeres que lactan exclusivamente es mayor en las que recibieron consejería con un 87.89% (668) de un total de 760, comparado con un 42.11% (8) de un total de 19 que no la recibieron

Gráfico 8. Salarios mensuales mínimos legales vigentes y LME



Pearson chi2(1) =0.82.06 Pr=0.365

No existe una relación significativa con respecto a los ingresos medidos por los SMMLV de las mujeres que lactan exclusivamente y las que no, teniendo un 86.90% (657) de un total de 756 mujeres que se encuentran en los ingresos de 0-1 y el 80-77% (21) de un total de 26 que reciben mayor o igual a 2 salarios mínimos legales vigentes

12.3. ANÁLISIS MULTIVARIADO

SE TOMO COMO LACTANCIA =1 REALIZA LACTANCIA EXCLUSIVA

logistic lactancia, consejería, estrato, etnia, ocupa, esta_civil _nac

Logistic regression	Number of obs	=	769
	LR chi2(5)	=	174.86
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -196.16905	Pseudo R2	=	0.3083

Lactancia	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Consejeria	1.339489	.8961679	0.44	0.662	.3609558 4.97078
Estrato	3.076317	.9069446	3.81	0.000	1.726172 5.482493
Etnia	34.20024	18.7132	6.46	0.000	11.70256 99.9488
Ocupa	2.408053	.7758505	2.73	0.006	1.280612 4.528086
Est_civil_nac	1.668288	.7119254	1.20	0.230	.722818 3.850462
_cons	.0352899	.0250579	-4.71	0.000	.008775 .1419232

Este modelo se considera el modelo completo o full, el cual contiene todas las variables que fueron significativas o con tendencia a la significación, por un valor de P bajo en el análisis univariado.

Se observa que las variables consejería, estado civil de la madre al nacimiento del bebe no son significativos, entonces por medio de una regresión paso a paso se fueron retirando cada una de ella del modelo, evaluando si la cantidad de información que el modelo contiene y explica cambia al retirar dicha variable, esto se llama un teste de verosimilitud entre los modelos generados retirando en cada modelo una variable. Llegando a que las únicas variables que deben quedar en el modelo sin cambiar la cantidad de información que contiene o explica es el siguiente:

stepwise, pr(0.1) pe(0.05): logistic lactancia consejería estrato etnia ocupa
est_civil_nac

BEGIN WITH FULL MODEL

p = 0.6622 >= 0.1000 removing consejería

p = 0.1911 >= 0.1000 removing est_civil_nac

Logistic regression	Number of obs	=	769
	LR chi2(3)	=	173.06
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -197.06468	Pseudo R2	=	0.3051

Lactancia	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
-----+-----						
Ocupa	2.517015	.8035544	2.89	0.004	1.346296	4.705774
Estrato	3.23453	.9427956	4.03	0.000	1.826856	5.726879
Etnia	44.57275	23.21214	7.29	0.000	16.06162	123.6943
_cons	.0533985	.0289248	-5.41	0.000	.0184693	.1543853

Las variables que se asocian a la Lactancia Materna Exclusiva (LME) de manera independiente son el estrato, la ocupación de la madre y la etnia, indicando la LME tiene una asociación de 3 veces mayor probabilidad que aquellas que están en LM se encuentren dentro del estrato socioeconómico 3,4,5 y 6.

13. DISCUSIÓN

La lactancia materna es un proceso natural, biológico, que fisiológicamente contiene los nutrientes que el recién nacido requiere, para el desarrollo y crecimiento neuropsicomotor de los niños, fortalece el vínculo madre e hijo, aporta elementos como las inmunoglobulinas que protegen a los menores de infecciones. La lactancia materna se recomienda por la OMS y Naciones Unidas de manera exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años.

Posterior a los datos de la morbilidad infantil, se forman grupos a nivel mundial a favor de la lactancia materna.

Organismos Internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), desarrollan proyectos encaminados a favorecer la alimentación como derecho fundamental.

La nutrición es un componente fundamental y universalmente reconocido como derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud, tal como se declara en la Convención sobre los Derechos del Niño. Los niños y niñas tienen derecho a recibir una nutrición adecuada y a acceder a alimentos inocuos y nutritivos, y ambos son esenciales para satisfacer el derecho a una vida saludable. Las mujeres, por su parte, tienen derecho a una nutrición adecuada, a decidir el modo de alimentar a sus hijos, a disponer de información completa y unas condiciones óptimas que les permitan poner en práctica sus decisiones. En muchos entornos, estos derechos aún no se han hecho efectivos (2)

En 1978 se hace la Declaración de Alma-Ata, en la antigua Unión Soviética (URSS), sobre Atención Primaria en Salud, en la cual se considera “la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (18).

Así que a partir de esta situación, se insta a todas las entidades de salud, y las que influyen en decisiones para la igualdad, a que mejoren la calidad de vida en salud de la población, formulando políticas, con sus planes de acción para realizar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, posteriormente en 1980 se crea por los mismos organismos internacionales el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, el cual pretende garantizar una mejor nutrición favoreciendo a los lactantes, declarando para este mismo periodo los diez pasos para una lactancia feliz:

- 1- Disponer de una política.
- 2- capacitar al personal y a las madres gestantes sobre lactancia materna.
- 3- Iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto.
- 4- Enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia.
- 6- Amamantar de forma exclusiva al recién nacido
- 7- Facilitar el alojamiento conjunto
- 8- Fomentar la lactancia a libre demanda.
- 9- No dar a los niños biberones y chupos.
- 10- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo, las cuales se logran con programas de Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia (IAMI).

En 1982 la OMS y la UNICEF lanzan la iniciativa “Hospitales Amigos de los Niños” con el fin de fortalecer apoyo de la lactancia materna. La iniciativa “Hospitales Amigos de los Niños” se ha aplicado en aproximadamente 16000 hospitales de 171

países y ha contribuido a mejorar la adherencia a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo.

La Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Organismo Sueco para el Desarrollo Internacional (OISD), tras un proceso amplio de investigación, reconocen que la “Lactancia Materna es un proceso único” que, por un lado, proporciona alimentación, desarrollo saludable y crecimiento al bebé, un sentimiento de satisfacción a la madre, beneficios sociales y económicos a la familia y la nación, y por el otro, reduce la prevalencia de graves enfermedades infecciosas, disminuye la morbilidad y la mortalidad infantil y el riesgo de cáncer de mama y ovario en la madre. Estos beneficios, sin embargo, son el resultado de una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y de un prolongado amamantamiento combinado con una alimentación complementaria hasta los dos años. En ese sentido, la Declaración de Innocenti, en 1990, asume como “meta mundial para la salud y la nutrición óptima de la madre y del niño, que todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente a pecho desde el nacimiento hasta los seis meses de edad” (19).

Sin embargo, se espera que la lactancia materna se dé complementaria hasta los dos años, también se refuerza a nivel mundial el amamantamiento tratando de disminuir la cultura del uso del biberón, excepto que se tenga una contraindicación clara para la suspensión de la lactancia materna, la cual puede estar dada por enfermedad del recién nacido, lactante o de la madre.

Para lograr esta cultura se requiere de estrategias que promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva, donde todos los actores deben participar, incluyendo

esta práctica en escenarios laborales, que garanticen los tiempos para que la madre pueda brindar a su hijo leche materna, de los profesionales de la salud, para acompañar y apoyar a las gestantes y madres en técnicas apropiadas para el objetivo del amamantamiento exitoso, las entidades gubernamentales para que fomenten y vigilen este ejercicio como una meta establecida por la declaración de Innocenti.

La LME y la nutrición infantil fue cobrando mayor importancia para lograr el desarrollo adecuado de los niños y niñas y garantizar los derechos fundamentales, lo que lleva a disminuir la desnutrición tanto aguda como crónica, para un desenvolvimiento y una vida sana y feliz.

En 1992 se promulga la Declaración Mundial sobre Nutrición y el Plan de Acción para la Nutrición, donde uno de los puntos fundamentales es la promoción de la lactancia materna y en 1996 en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, se renueva el compromiso de todos los gobiernos para reducir o eliminar la desnutrición y el hambre a nivel mundial.

En Colombia se habla sobre lactancia materna a partir de los sesenta donde se capacita a grupos de madres y personal de salud en Lactancia Materna y alimentación complementaria.

En 1970 cuando el Gobierno Nacional logra integrar el trabajo de todo el sector público y privado en la primera campaña nacional a favor de la lactancia materna, conocida como el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN), definen los lineamientos para que los Departamentos y Municipios trabajen en eliminar la

desnutrición, respondiendo a factores de multi causalidad, desarrollando un trabajo intersectorial, trabajando de manera coordinada e integrada con la nación, con base en ocho líneas de acción las cuales son:

- Seguridad Alimentaria
- Protección al consumidor mediante el control de calidad y la inocuidad de los alimentos
- Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes
- Prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias
- Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna
- Promoción de la salud, alimentación y estilos de vida saludables
- Evaluación y seguimiento en aspectos nutricionales y alimentarios
- Formación del recurso humano en políticas de nutrición y alimentación

En 1980, el Ministerio de la Salud expide la Resolución 5532, la cual “establece como norma nacional para el fomento de la lactancia materna en las instituciones donde se prestan los servicios de atención prenatal, parto, puerperio y del recién nacido”. En este mismo año Colombia, por medio del Decreto 1220, “ratificar el compromiso internacional al cumplimiento con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”.

En 1985 se formuló el Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil, también llamado Supervivir. Este plan fue preparado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la UNICEF y la OPS, y se enfocó en hacer cumplir el derecho a la salud de los niños, así como en promover el desarrollo integral del menor, lo que incluía actividades a

favor de la nutrición y la lactancia materna y realizar acciones de atención a la mujer gestante y en edad fértil. (plan nacional de apoyo a la lactancia materna)

Por el Decreto 2737 de 1989, la Ley 10 de 1990, la Constitución de 1991, en sus artículos 43 y 44, la Ley 12 de 1991, que ratifica la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños y las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia, por lo cual Colombia formula el Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna 1991-1994, siendo la primera política con estrategias en pro de la lactancia materna, para lograr un impacto importante para reducir la morbilidad infantil.

La evidencia científica de que el abandono de la lactancia materna supone un problema de salud pública prioritario en todos los países del mundo, empujaron a las instituciones internacionales y nacionales, con la OMS a la cabeza, a poner en marcha diferentes iniciativas, las cuales están dentro de políticas públicas con lineamientos, estrategias y acciones encaminadas a brindar y garantizar la LME en los primeros 6 meses de vida y complementaria hasta los dos años, las cuales año a año evalúan los avances para fortalecer las políticas, lineamientos y estrategias dispuestas a favor de la LME.

Las bajas frecuencias de LME están presentes en todo el mundo. Según la OMS, tan solo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida. Las proporciones de LME reportadas en la literatura son variadas y dependen de las características de cada país. Igualmente, en Colombia el panorama sobre la práctica de la LME hasta los seis meses no es alentador, y según la ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud), se demuestra que, aunque esta práctica ha venido en aumento, no ha alcanzado los niveles requeridos, pues llegan a solo el 26,1% de

LME en niños entre 4 y 5 meses, y de 11.1% de LME en niños entre 6 y 7 meses de edad, para el 2005 (20).

Para lograr adherencia y cumplimiento a todas las políticas y lineamientos de orden nacional e internacional sobre LME y nutrición, se debe tener en cuenta los determinantes sociales que se han venido identificando y analizando por organismos como la OMS, como lo son el contexto socio político que genera desigualdades socioeconómicas y en salud, los cuales dependen de una estratificación que se evalúa por el nivel de ingresos, educación, género, raza o pertenencia a un grupo étnico, los cuales se traducen en determinantes específicos del estado de salud individual que reflejan la ubicación social de las persona dentro del sistema estratificado. Dependiendo de la estratificación, los individuos están expuestos a eventos de vulnerabilidad que ponen en riesgo su salud. El determinante socio económico de una persona demuestra que influye en su salud, pero que ese efecto no es directo. Tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios, que son condiciones materiales, como la situación laboral y de vivienda; circunstancias psicosociales, como los factores estresantes; y también los factores conductuales y el acceso a los servicios sociales, incluyendo los servicios de salud.

Las condiciones sociales de un individuo limitan el acceso a los servicios de salud, por lo cual se debe seguir trabajando con un enfoque de igualdad para garantizar accesibilidad y oportunidad al sistema de salud en general.

Dentro del presente estudio realizado en el municipio de Pereira, Risaralda, en el periodo de agosto a diciembre de 2017, encontramos posterior análisis univariado, bivariado y multivariado, que existen determinantes sociales dependientes de otras

variables para lograr una significancia en la prevalencia de LME, teniendo que hacer una regresión en el análisis multivariado, para lograr identificar variables que de manera independiente logran ser significativas para la prevalencia de la LME.

Dentro de este análisis el estrato, la ocupación de la madre y la etnia son las variables significativas que se asocian a LME, comparado con otros estudios en diferentes países, en donde se logra reportar datos, que no son en algunos de ellos, comparables con el nuestro por el número de la población, y características poblacionales, pero si logran determinar similitudes con los resultados del presente estudio.

En Ontario, Canadá no todos los grupos de mujeres amamantan por igual. El 61.8% de todas las mujeres en Ontario amamantan exclusivamente después del nacimiento de sus bebés. El 68.4% de las madres con ingresos altos amamantan exclusivamente comparado con el 54.7% de las madres de bajos ingresos. El 66.8% con educación más alta practican la LME frente al 57.2% con menos educación. El 65.1% de mujeres empleadas practican la LME comparado con el 57.4% de las mujeres desempleadas. Mujeres que viven en barrios de más bajos ingresos, niveles más bajos de logros educativos (menos que la educación postsecundaria) y mayores niveles de desempleo, practican menos la LME al alta hospitalaria, (31) y es más probable que tengan tasas más bajas de inicio y duración de ésta.

Los ingresos, la educación y el empleo son determinantes sociales de la salud que afectan la LME y la adherencia a la misma (31). Si bien cada factor es un factor determinante de la salud en sí mismo, los ingresos, la educación y el empleo están interconectados ya que la educación ayuda a las personas a ascender en la escala socioeconómica y laboral (32).

Hallando semejanza con el resultado encontrado en el municipio de Pereira, Risaralda (Colombia) para el periodo de agosto a diciembre de 2017 donde el 64.10% (n156), no lactaban de manera exclusiva en los estratos bajos (1,2), comparado con el 92.48% (n635) en los estratos socioeconómicos medio y alto (3,4,5 y 6)

Datos concordantes con los encontrados en este estudio, que nos lleva a inferir que las mujeres según su condición laboral, ingresos y/o estrato socio económico, abandonan la lactancia materna antes de los 6 meses de edad; determinantes sociales que afectan de, manera directa o indirecta la meta nacional e internacional, la cual pretende disminuir el hambre, la desnutrición y la morbi mortalidad infantil a nivel mundial.

Si bien cada factor es un factor determinante de la salud en sí mismo, el estrato y el empleo están directamente relacionados con la prevalencia de la LME hasta los 6 meses de vida, como se evidencia en los resultados de un hospital universitario en São Paulo, Brasil donde 309 mujeres que dieron a luz, el (70%) de las entrevistadas informaron haber alimentado los bebés solamente con leche materna a lo largo del período de LME, las mujeres sin empleo informaron alimentar con mayor frecuencia a sus hijos con otros tipos de leche, el 30% reportaron haber introducido líquidos adicionales antes de que los bebés llegaran a los seis meses de edad. Las siguientes variables se asociaron con la introducción temprana de líquidos: la falta de empleo ($p=0,0386$), edad materna juvenil ($p=0,0159$) y el primer embarazo.

Las mujeres sin empleo informaron alimentar con mayor frecuencia a sus hijos con otros tipos de leche antes de los seis meses de edad, en comparación con aquellas formalmente empleadas.

El estado civil la ocupación y nivel educativo, arrojan relación significativa entre la edad y la duración de la LME, las madres más jóvenes presentan menor duración, las mujeres sin empleo introducen otros alimentos antes de los 6 meses, a diferencia de las que están formalmente empleadas, las mujeres sin empleo están menos informadas (33).

Según un estudio de los motivos de abandono de LME en Colombia, demuestra que la duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva es muy corta y disminuye durante los primeros 6 meses, pasando de 63% en los primeros dos meses de vida a 24% a los cinco meses. La mediana de la duración de la lactancia materna exclusiva en el país fue de 1,8 meses. Se encuentra que en tres de las cuatro grandes ciudades (Cali, Medellín y Barranquilla) y en la región Caribe, se observa una duración de la práctica de la lactancia materna exclusiva de menos de 1 mes. Según las madres, los motivos para la suspensión definitiva de la lactancia para niños menores de dos años, fue principalmente porque se les acabó la leche (45.9%) o por rechazo del niño (13.2%) (34).

Con respecto a la relación de los motivos de abandono temprano de la lactancia materna exclusiva y la escolaridad de las madres, se observó que el principal motivo de abandono son los problemas con la producción de la leche materna en todas las madres, pero más específicamente en las madres cuyo grado de escolaridad era la primaria. En las madres universitarias y con carrera tecnológica o técnica, uno de los motivos principales fue la realización de actividades u ocupaciones (16.2%). Se destaca en esta población que la prevalencia de la realización de actividades u ocupaciones se incrementa conforme aumenta el grado o nivel de escolaridad de las madres.

Esto muestra entonces que hay relación entre la escolaridad y la realización de otras actividades u ocupaciones como motivo para el abandono temprano. Se evidenció que independiente de la edad de la madre, el abandono ocurre principalmente antes de los 3 meses de edad del niño(a), en especial en las madres menores de 14 años con un 40% dado por problemas de producción de la leche materna, además se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la edad de la madre y la edad del niño(a) al momento del abandono de la lactancia materna exclusiva, es decir, a menor edad de la madre mayor probabilidad de abandonar la lactancia materna exclusiva. En relación con la edad del niño y el abandono de la LME, se encontró que el 77.9% dejan de ser lactados a la edad de los 2 meses de edad, y el 95.7% antes de los 4 meses de edad.

Por nivel de estudios y ocupación, es de resaltar que el principal motivo de abandono de la lactancia materna, para las madres con estudios universitarios o técnicos, fueron las ocupaciones de la madre (con un abandono del 67% antes de los 2 meses), mientras que para las amas de casa o sin ninguna ocupación actual fue la inadecuada percepción sobre la producción de la leche.

Comparados los datos anteriores con los encontrados en los resultados que arroja el estudio realizado en la ciudad de Pereira, Risaralda, se encuentra que no hay una significancia importante entre la edad y la LME, teniendo como limitante que la población en el presente estudio tenía una edad por encima de los 15 años, el 87.08%(n681) son mayores de 19 años, comparado con el 83.33%(n102) entre los 15 y 19 años, sin embargo, la ocupación si lo es de manera independiente teniendo el 92.02% empleadas y el 60.47% otro, incluyendo las amas de casa, el nivel educativo no tiene una significancia importante, con un Pr 0.0338.

Existen otros estudios que indican que la prolongación de la licencia por maternidad y el apoyo materno tras la incorporación al trabajo protegen y mantienen la lactancia (35), lo cual está relacionado con lo que se ha venido pretendiendo en Colombia, con las últimas leyes Ley 1822 de 2017 y Ley 1823 de 2017, las cuales van encaminadas a aumentar el tiempo de la licencia de maternidad y mejorar las condiciones en el ámbito laboral para garantizar la LME hasta los 6 meses de edad, respectivamente, teniendo como resultado que las mujeres con ocupación logran garantizar la lactancia materna exclusiva comparado con otras (amas de casa, estudiantes desempleadas) y que el apoyo materno dado por una pareja estable con un 90.15% de mujeres casadas o en unión libre, versus la solteras con un 57.81%

Un metaanálisis realizado en Arabia Saudí revisó y analizó 19 estudios en Arabia Saudita (7), Irán (3), Egipto (2), Turquía (2), Kuwait (1), los Emiratos Árabes Unidos (1), Qatar (1), Líbano (1), y Siria (1). El metaanálisis estableció que el 34.3% de los recién nacidos del Medio Oriente recibió la lactancia materna iniciada dentro de una hora de nacimiento, y solo el 20,5% fueron alimentados solamente leche materna durante los primeros 6 meses. Los 17 estudios que investigaron la lactancia materna exclusiva con más frecuencia lo vincularon con los siguientes determinantes sociales: edad materna, educación materna, empleo materno y modo de parto.

La mayoría de los 17 estudios identificados exploraron el posible vínculo entre el empleo materno y la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y 7 de estos informaron una asociación estadísticamente significativa entre los dos, 6 de los estudios (3 de los cuales se realizaron en Arabia Saudita, y los otros se realizaron en Kuwait, Qatar y los Emiratos Árabes Unidos, respectivamente) concluyeron que las madres que estaban formalmente empleadas o trabajando fuera de sus hogares era menos probable que

amamantaron exclusivamente a los 6 meses. El estudio restante concluyó un dato opuesto entre las madres turcas, encontrando una asociación positiva entre la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y el empleo materno (36).

Identificado también en el presente estudio, donde la mujer que se encontraba laboralmente activa tenía mayor prevalencia de LME con un 92.02% (n652) comparado con la mujer no empleada con el 60.47% (n129), que no lacta exclusivamente.

La ocupación, impacta la lactancia materna a través de una variedad de formas. Por ejemplo:

- Los padres que tienen un estatus socioeconómico más alto y empleo pueden tener más recursos que les permiten tener un estilo de vida más saludable y por ende mayor posibilidad de comprender los beneficios que la LME le brinda a sus hijos.
- Los padres que tienen empleo, generalmente tienen un nivel de educación e ingresos más alto, lo cual puede generar una actitud más positiva hacia la lactancia materna

La estabilidad familiar como se encuentra en la investigación descriptiva y prospectiva de nov 2013 a oct 2014 en Cuba, sobre una población de 60 lactantes y su familia, muestra que al 4º mes el 46.6% son lactados de manera exclusiva, al 6º mes baja esta prevalencia al 16,6%, evidenciando que los mejores resultados se dan en las familias funcionales, también en el estudio de Guipúzcoa España se encuentra características como el nivel socioeconómico más bajo y ser soltera llevan al abandono de la LME, el 84.8% lactaban exclusivamente al salir del hospital, cifras que van disminuyendo al transcurrir de los meses con un 53.7% al 4 mes, y baja al 15.4% al cumplir los 6 meses, datos semejantes que encontramos

en este estudio, donde las mujeres con estabilidad familiar o compañero sentimental estable, tienen una prevalencia de LME del 90.15% (n641) de un total de 711, a pesar de que los resultados del estudio realizado en la ciudad de Pereira, con respecto a esta variable (estado civil) demuestran que ésta es dependiente de otros determinantes sociales para ser significativa, donde la mujer con una estabilidad familiar (estado civil casada o unión libre) presentó una prevalencia de LME del 90.15% (n711) comparada con otras con el 57.81% (n64)

En un estudio realizado en algunos departamentos de Colombia, Caldas, Risaralda y Quindío, 154 mujeres de hogares comunitarios tienen la menor duración de LME en Colombia, teniendo Risaralda una media de LME de 2.1 meses y Pereira de 1.8 meses. En 117 mujeres en Pereira y Dosquebradas se encuentran algunos determinantes sociales que afectan la LME, cómo lo son: Ocupación de la madre, incomodidad al lactar y uso de sucedáneos, demostrando que ser ama de casa protege la lactancia materna exclusiva con un 24.6%, mientras que la consejería por profesionales de la salud al parecer, en ese estudio, no tuvo un impacto importante para el 2015(37), sin embargo para el 2017, el estudio en Pereira-Risaralda (Colombia) demuestra lo contrario indicando que la consejería, asociado a otros determinantes sociales, tiene una significancia positiva hacia la lactancia materna exclusiva con 87.78% (n760) comparado con la población que no recibió información o consejería por parte de profesionales de la salud 42.11% (n199). Adicionalmente se tiene como resultado que para esa misma fecha las mujeres laboralmente activas garantizaban LME en el momento de la encuesta, con un 92.02% (652).

Según el perfil de la Población indígena se evidencia que esta población no accede, por su cultura, a los servicios de salud para la atención de su parto, motivo que lleva a que dentro de nuestra encuesta se vea reflejado con un número de indígenas

encuestadas muy bajo, ya que la información para esta investigación es sacada del sistema de información RUAF, el cual corresponde al registro de certificados de nacimiento del municipio de Pereira, alimentado por las IPSs del municipio que atienden partos. De acuerdo a las coberturas del SGSSS (perfil de salud de la población indígena MINSALUD) para la población indígena, los indicadores están por debajo de lo que presentan la población no indígena, lo que puede estar mostrando una dificultad de acceso físico a los centros de salud, como también puede sugerir una menor accesibilidad cultural, posiblemente asociada a una manera sociocultural particular de aproximarse a este evento y a una limitada pertinencia de los programas de salud materno-infantil (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2010. En esa medida es importante trabajar en la aplicación de políticas de inclusión de procesos en cuanto al servicio de salud (38).

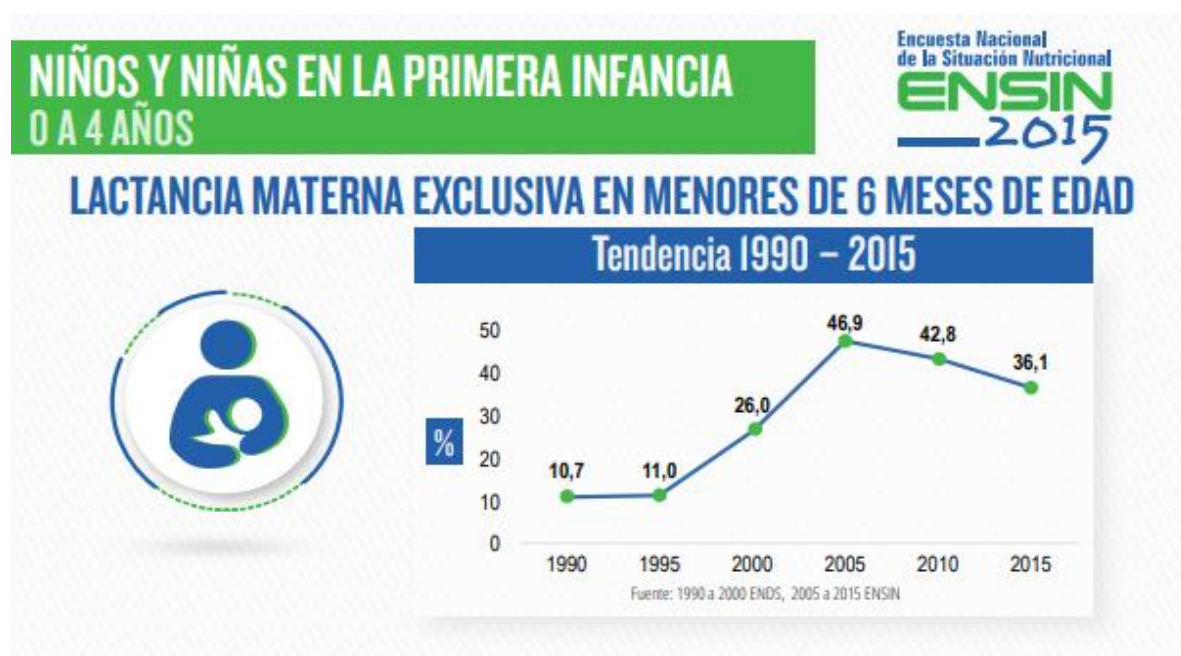
La etnia afrocolombiana constituye el 18.1% del total de la población colombiana. El 12% (991.661 habitantes) habita en la Costa Pacífica, y posee una identidad cultural única que conserva cierta homogeneidad en toda esta región geográfica. Los datos de la Encuesta de Demografía y Salud de Colombia (EDS) del año 2000 indican que la Costa Pacífica Colombiana presenta la prevalencia más baja de desnutrición crónica en preescolares en Colombia (9.8%, IC95%: 1.8-17.8%), con los promedios más altos de duración de la lactancia materna (14 meses) y de lactancia exclusiva (3 meses). Al menos el 50% de las madres tienen prácticas no acordes con las recomendaciones mundiales como son: la lactancia exclusiva hasta por lo menos los 4 a 6 meses de edad, continuación de la lactancia hasta los dos años.

Pereira por no tener una población importante de asentamiento indígena, este grupo étnico se unifica con la población afro, ya que en el análisis bivariado solo una mujer

indígena fue encuestada, la cual para el momento de ésta no practicaba la LME, dejando solo dos variables, mestizo y afro, con un resultado significativamente importante, indicando una mayor prevalencia de LME para la población mestiza con el 92.19% comparado con el 10.42% de otro (afro e indígena)

14. CONCLUSIONES

La situación actual de la lactancia materna exclusiva en el país no demuestra acciones que impacten de manera positiva el incremento de esta práctica en Colombia, por el contrario se evidencia un descenso importante, según la encuesta nacional de la situación nutricional 2015, como se muestra en la siguiente tabla:



Fuente Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015

Las prácticas óptimas de lactancia materna, pese a estar vinculadas con inmensos beneficios para la salud tanto para la madre, el hijo, la sociedad y la nación, especialmente en los países en desarrollo, exigen mucho para que las madres puedan implementarlas y su promoción por medio de programas es muy compleja.

Parece poco probable que los enfoques simplistas, que incluyen sólo un aspecto, puedan ser efectivos; es necesario realizar esfuerzos sistemáticos orientados a la

protección, el apoyo y la promoción de la lactancia, tanto en el sector de salud como en la comunidad.

La OMS, en su Estrategia Global de Alimentación de Niños y Jóvenes, aprobada recientemente, ha formulado recomendaciones integrales a los hacedores de políticas y programas para lograr una alimentación infantil óptima. En este documento, entre otras sugerencias, se aconseja a los distintos países la creación de comités intersectoriales de lactancia y el nombramiento de un coordinador. Sin embargo, se requiere de recursos monetarios y de la asignación de responsabilidades para que las tareas de protección, apoyo y promoción del amamantamiento puedan ser exitosas, para lo cual se debe trabajar de manera interdisciplinaria e intersectorial en cabeza de la máxima autoridad de un territorio.

Los ingresos, la educación y el empleo impactan la lactancia materna a través de una variedad de formas.

- Tener más educación puede ayudar a que los padres entiendan mejor los beneficios de la lactancia materna para la salud de la madre, el bebé y la familia.
- Los padres más educados generalmente tienden a buscar información sobre mejores prácticas en salud y más aún si son sobre sus hijos como la lactancia materna.
- Las mujeres sin empleo están menos informadas y tienen menor acceso a temas que mejoren su calidad de vida.
- Las mujeres con una relación estable y una red de apoyo familiar logran adaptarse, comprender e involucrarse con buenas prácticas en salud.
- Las mujeres contratadas formalmente tienden a tener mejor adherencia a la lactancia materna probablemente gracias a las leyes y políticas que los

gobiernos implementan, garantizándoles tiempo y espacios para la lactancia materna.

Naciones Unidas también identifica que una nutrición adecuada que incluya la práctica de lactancia materna es uno de los más importantes de los derechos humanos, así mismo son un insumo esencial para el desarrollo social y económico de un país y una inversión invaluable a nivel mundial.

Se ha encontrado que, en los países desarrollados las mujeres más educadas tienen una mayor probabilidad de iniciar la lactancia materna temprano y darle continuidad a la misma por más tiempo que sus pares menos educados, mientras que, en los países en desarrollo, ocurre lo contrario (19).

15.RECOMENDACIONES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida del bebé y mantenerla de forma exclusiva hasta los seis meses con una adecuada alimentación complementaria hasta los dos años y más (1), teniendo en cuenta que los beneficios de la lactancia son innumerables, destacándose el aporte nutricional para el bebé, la protección inmunológica que brinda el calostro, la adaptación de la leche según las necesidades fisiológicas del bebé, la protección frente a enfermedades infecciosas y crónicas como la enfermedad diarreica y/o respiratoria del bebe, diabetes tipo 2, obesidad e hipertensión, también se ha encontrado un incremento del coeficiente intelectual. Además, existen beneficios para las madres lactantes, como menor pérdida de sangre posparto, pérdida del peso ganado durante la gestación, menor predisposición a cáncer de seno y ovario y sentimientos de plenitud y seguridad frente a su rol como mamá. Finalmente, la familia y la sociedad en general también se benefician con la práctica de la lactancia materna, por disminución de gastos de bolsillo para la familia y el sistema ya que no se requiere gastar dinero en la alimentación del bebé porque lactar no tiene costo; se ahorra también en gastos de salud por enfermedad y hospitalización por la protección que brinda la leche materna; se disminuye el maltrato infantil, por el lazo de amor que se crea al lactar y, para terminar, se disminuye la contaminación ambiental, ya que la producción de la leche materna no agota los recursos naturales y al disminuir todo lo anterior se disminuyen costos para el sistema.

Las siguientes estrategias han demostrado ser exitosas con la población general y son prometedoras en situaciones especiales, con mujeres de bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo, mujeres en situación de vulnerabilidad:

- Asesoría entre pares, las madres consejeras apoyan y alientan a las mujeres a amamantar para normalizar el proceso del amamantamiento.
- Apoyo profesional y de pares (combinado), el cual debe ser apoyado por la institución prestadora de servicios de salud y por el asegurador, la cual se debe iniciar durante la consulta y controles prenatales, y seguir acompañamiento posterior al parto y continuar apoyo en el hogar (de manera presencial o virtual), esto proporciona a las mujeres los beneficios del apoyo social y la normalización del amamantamiento, al mismo tiempo que se abordan los síntomas negativos del proceso, como molestia en los senos, fatiga, depresión y ansiedad.
- Instrucción prenatal y postnatal de lactancia por un consultor en lactancia, los consultores de lactancia educan a las mujeres sobre los beneficios de amamantar y ayudarles a identificar y superar las barreras percibidas para amamantar.
- Fortalecimiento de políticas de empleo, que faciliten la continuidad de la lactancia materna exclusiva (6 meses) en las mujeres que laboran. Entre estas, seguir apoyando la adecuación de salas de lactancia materna para que las madres puedan extraerse la leche, impulsar y extender la flexibilidad horaria o la reducción de jornada para que la madre pueda mantener el contacto con su bebé, disponer de guarderías adjuntas al trabajo, o incluso, en los casos en que sea posible, trabajar desde casa (teletrabajo).
- La formación y entrenamiento de las parteras tiene excelentes resultados, sobre todo en la población indígena y afro.
- Otro punto importante que se debe intervenir para lograr una práctica adecuada de lactancia materna exclusiva es abordar los mitos que existen sobre esta práctica, ya que actúan como factor de presión y temor hacia las madres para que realicen una LME y dar continuidad con alimentación mixta (introducción de otros alimentos).
- Todos los puestos y centros de salud deberían disponer de miembros o consultantes con conocimientos y habilidades en el manejo de la lactancia

materna. Estos conocimientos no están incluidos en la formación básica de los profesionales de la salud, motivo por el cual se requiere de cursos con este entrenamiento y enfoque para apoyar, orientar y acompañar a las mujeres en este proceso.

A nivel amplio, las mujeres necesitan el apoyo de las entidades del estado, de las entidades territoriales, de la sociedad en su conjunto, al igual que la aceptación de la práctica de la lactancia materna como norma social, como parte de la vida y una extensión normal del proceso reproductivo posterior al embarazo.

La identificación y comprensión de los determinantes de la lactancia materna es necesaria para apoyar la planificación de intervenciones dirigidas que tienen como objetivo promover la práctica de la lactancia materna, así como en el diseño más amplio de la política nacional de salud pública (20).

16. REFERENCIAS

1. OMS, Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la lactancia materna [Internet] [acceso 6 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/index>.
2. OMS, Organización Mundial de la Salud (2009). paho.org. Obtenido de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/La-alimentacion-del-lactante--capitulo-modelo-para-libros-de-texto.pdf>.
3. Ministerio de Salud y Protección Social (2010). Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. Bogotá, Colombia.
4. Ministerio de Salud y Protección Social, Boletín de prensa (19 nov. de 2015). Mayor Control a Leches Maternizadas anunció Minsalud. Mayor Control a Leches Maternizadas anunció Minsalud.
5. Ministerio de Salud y Protección Social, Boletín de prensa 169 (21 nov. de 2017). Resultados en desnutrición, sobrepeso, inseguridad alimentaria y actividad física en distintos grupos de edad
6. Informe de Gestión vigencia 2.012 Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira. página 68
7. https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
8. OMS. Organización Mundial de la Salud (2008). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, Parte 1. Washington, DC, EE. UU.
9. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. ENSIN. 2010. 1-512 p.
10. http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding_20100730/es/
11. Anatomía y fisiología de la glándula mamaria, en Colombia, librería digital. https://encolombia.com/libreria-digital/lsalud/lactancia-materna/lactancia_drogas27/

12. Comisión de Lactancia MINSALUD, UNICEF. (1995). La Leche Humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. (V. V. C Shellhorn, Ed.) Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud.
13. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015.
14. Rioja, G. d. (2010). Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. (C. d. Rioja, Ed.) Chile.
15. Ministerio de la Protección Social Colombia, U. (2010). Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI– LINEAMIENTOS. Bogotá, Colombia.
16. Madalen Oribea, A. L. (Ene-feb de 2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gaceta Sanitaria, 29(1).
17. Luisa María Orrego Celestino, M. F.-S.-M.-O.-P.-M.-R. (2018). Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. Revista Médica de Risaralda, 24(1), 29-33.
18. Organization, T. P. (6-12 de septiembre de 1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata. 1-3. Kazajistán.
19. OMS/UNICEF. (1990). Declaración de Innocenti-Sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Florencia, Italia.
20. Fabio Alberto Camargo Figuera, J. F. (abril de 2011). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Hacia la promoción de la salud, 16(1), 56-72. Bucaramanga, Colombia.
21. Kramer MS. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A Randomized Trial in the Republic of Belarus. JAMA J Am Med Assoc [Internet]. 2001;285(4):413–20. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/285/4/413>
22. Hern MT. OMS Lactancia Materna [Internet]. Vol. 63, 2005. 2005. p. 340–56. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/

23. WHO. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of An Expert Consultation [Internet]. World Health Organization. 2001. 1-10 p. Available from:
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/
24. WHO. Global Health Observatory (GHO): Data Repository [Internet]. GHO. 2015. Available from:
<http://www.who.int/gho/database/en/%5Cnhttp://apps.who.int/gho/data/node.home>
25. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra; 1991. 24 p.
26. OMS, UNICEF, AED U. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE. UU. [Internet]. 2008;27. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf
27. Prendes Labrada MDLC, Del Río MV, González RMG, Reyes WG. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev. Cuba Med Gen Integr. 1999;15(4):397–402.
28. Niño M. R., Silva G. AE. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev. Chile Pediatría. 2012;83(2):161–9.
29. Estévez González M aD., Martell Cebrín D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Pediatría [Internet]. 2002 Jan [cited 2017 Jun 13];56(2):144–50. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403302789443>
30. Plan de desarrollo municipal 2016-2019 "Pereira, Capital del eje"
31. Black R, G. M. (Mar -April de 2008). Breastfeeding among the Ontario James Bay Cree: a retrospective study. Can J Public Heath, 98-101.
32. Juha Mikkonen, D. R. (2010). Social Determinants of Health the Canadian facts. (D. R. Juha Mikkonen, Ed.) Canadá.

33. Alessandra Marcuz de Souza Campos, C. d. (Mar-abr de 2015). Prácticas de lactancia materna exclusiva reportadas por las madres y la inducción de líquidos adicionales. *Latino-Am Enfermagem*, 23(2), 282-290.
34. Beatriz E López M, L. J. (enero de 2013). Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 117-126.
35. María D. Ramiro González, H. O.-A. (s.f.). (2018) Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de pediatría*, 89(1), 32-43
36. Alzaheb, R. A. (2017). A review of the factors associated with the Timely initiation of Breastfeeding and exclusive Breastfeeding in the Middle East. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 11, 1-15.
37. Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, G. d. (2018). Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. *Revista médica de Risaralda*, 24(1), 1- 4.
38. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, (2016), Perfil de Salud de la Población indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016, 1-135